



Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Carrera de Auditoría

***Análisis de los procedimientos de control
interno en la unidad de admisión y recaudación
de urgencia adulto del Hospital Regional
Rancagua durante el período comprendido entre
los años 2009 y 2011***

**Tesis para optar al título de Contador Público Auditor con el grado de Licenciado en
Sistemas de Información Financiera y Control de Gestión**

Tesistas:

Alfredo Jesús Ajraz Belmar

Carol Ester Castro Moya

Profesor Guía: Guillermo Rebolledo Sánchez

Valparaíso, Enero 2012

ÍNDICE

Contenido	Nº página
RESUMEN	3
MARCO TEÓRICO	4
• Antecedentes Generales	4
• Auditoría Interna	4
• Auditoría en el Sector Público	6
• Sistema de Control Interno	6
• Informe COSO II	8
• Ambiente Interno	8
• Establecimiento de Objetivos	10
• Identificación de Eventos	10
• Evaluación de Riesgos	11
• Estrategias Frente al Riesgo	12
• Actividades de Control	13
• Información y Comunicación	13
• Supervisión	14
• Sistema de Control Interno en el Sector Público	15
• Normas de Control Interno para Adm. Financiera Gubernamental	16
• Evaluación Preliminar del Sistema de Control Interno	16
• Restricciones del Control Interno	17
• Riesgo	18
• Administración del Riesgo Empresarial	18
• Gestión de Riesgo Sector Público	20
• Sección 325 de las NAGA	20
• El Control Interno del Ciclo de Ingresos	21
• Gestión Hospitalaria en Chile	22
• Servicios de Salud Antes de la Ley 19.937	23
• Situación Actual de los Servicios de Salud	24
• Hospital	24
• Departamento de Contabilidad y Finanzas	25

• Admisión	26
• Recaudación	26
• Sistemas previsionales de salud	27
• Fonasa	28
• Isapre	30
• Convenios	30
• Régimen de Accidentes	30
• Formas de Cobro	31
• Arancel	32
• Arancel Institucional	32
• Arancel Libre Elección	32
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	34
METODOLOGÍA	35
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	41
CONCLUSIONES	53
BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS:	59
• Anexo 1: Reseña Hospital Regional Rancagua	60
• Anexo 2: Entrevista dirigida al personal del área de Admisión y Recaudación de Urgencia y Jefe de Finanzas del Hospital Regional Rancagua (Narrativa)	61
• Anexo 3: Escala para la probabilidad de ocurrencia	62
• Anexo 4: Escala para materialidad del impacto	62
• Anexo 5: Determinación de la probabilidad ocurrencia de los riesgos	63
• Anexo 6: Escala para medir nivel de severidad del riesgo	64
• Anexo 7: Determinación de la probabilidad del suceso	65
• Anexo 8: Encuesta de existencia de los elementos del control interno	65
• Anexo 9: Modelo de comunicación de condiciones relacionadas al control interno	70
• Anexo 10: Nota narrativa del proceso de admisión y recaudación de urgencia adulto del Hospital Regional Rancagua	72
• Anexo 11: Flujograma atención de pacientes sin convenio	75

• Anexo 12: Flujograma atención de pacientes con convenio	76
• Anexo 13: Análisis de los riesgos asociados a cada procedimiento	77
• Anexo 14: Determinación de la probabilidad de ocurrencia de los riesgos	79
• Anexo 15: Clasificación probabilidad de ocurrencia de los riesgos	73
• Anexo 16: Clasificación materialidad del impacto de los riesgos	80
• Anexo 17: Clasificación severidad de los riesgos	81
• Anexo 18: Resultados de la determinación de la probabilidad de suceso	82
• Anexo 19: Resultados encuesta cumplimiento de los elementos de control interno	83
• Anexo 20: Cuadro resumen de la existencia de los elementos de control interno según COSO II	88
• Anexo 21: Comunicación de condiciones relacionadas al control interno	89

RESUMEN

Bajo la creación de la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria las instituciones de salud pública han obtenido una mayor independencia en sus acciones administrativas, contando con la facultad de administrar y disponer de sus ingresos propios. Esto lleva consigo una nueva forma de administrar las instituciones de salud pública donde el departamento de contabilidad y finanzas toma una gran importancia en la toma de decisiones, como por ejemplo a la hora de proponer nuevos controles para optimizar su funcionamiento.

El objetivo general de la investigación fue un análisis a los procedimientos de control interno. Los objetivos específicos fueron en primer lugar identificar los procedimientos de control interno que se utilizan en esta área, luego distinguir cuales de esos procedimientos presentan un mayor riesgo de pérdida de recursos para el servicio, determinar los elementos de control interno que existen en esta unidad según COSO II y finalmente proponer mejoras para aquellos procedimientos que posean un mayor riesgo dentro de esta área y con ello contribuir en el mejoramiento de su funcionamiento. Para llevar a cabo este estudio cuantitativo de tipo descriptivo-explicativo se aplicó un cuadro resumen de atenciones diarias y entrevistas como instrumentos de recolección con el fin de obtener la información necesaria.

Los resultados obtenidos con esta investigación fueron entender el funcionamiento actual de la unidad en estudio, identificando los procesos que son llevados a cabo, distinguiendo aquellos riesgos y exposiciones al riesgo que sean más considerables. Una vez recolectada toda la información necesaria y pertinente de su control interno se recomendaron mejoras para aquellos procedimientos que previamente se hayan determinado con un mayor riesgo y con debilidades de control para así poder contribuir en el funcionamiento de esta unidad.

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES GENERALES

Dentro de los cambios que se incorporan en el proceso de autogestión hospitalaria se encuentra el otorgamiento de facultades administrativas dentro de los servicios de salud, con ello la auditoría y sus componentes toman una gran importancia en estos servicios.

Cada institución posee objetivos, los cuales deben ser cabalmente cumplidos mediante el buen funcionamiento y desarrollo eficiente de sus procesos, para ayudar esto existen sistemas de control internos creados por la administración de manera de entregar una seguridad razonable de su buen cumplimiento, esto toma gran importancia hoy, ya que el sistema de salud público se enfrenta a un difícil proceso de continuos cambios enfocados a lograr una autorregulación.

En el área de Finanzas del Hospital Regional Rancagua se crea la necesidad de normar los procedimientos en cada una de sus unidades, dentro de las cuales se encuentra el área de Admisión y Recaudación de Urgencia. En ésta área se cuenta con la necesidad de mejorar el desarrollo de procedimientos administrativos que permitan estandarizar las prácticas y procesos y con ello poder asegurar que los resultados sean los requeridos por el Establecimiento.

1. AUDITORÍA INTERNA

La función de la auditoría interna dentro de una organización es amplia, el trabajo que se realice dependerá mucho del tipo y tamaño de la entidad, pero siempre tendrá el mismo objetivo fundamental de añadir valor a la empresa.

La auditoría interna es una actividad de aseguramiento y de consultoría objetiva e independiente, que se ha diseñado para añadir valor y para mejorar las operaciones

de una empresa. Ayuda a las empresas a conseguir sus objetivos, puesto que aporta un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y para mejorar la efectividad de la gestión de riesgos, control y de los procesos de la gobernabilidad. (Spencer; 2007, 220).

Siguiendo a Spencer (2007), la auditoría interna se ocupará del cumplimiento y de la efectividad de los controles que aseguren los objetivos de:

- La fiabilidad e integridad de la información financiera y operativa
- La efectividad y la eficiencia de las operaciones
- La salvaguarda de los activos
- La conformidad con las leyes, con las regulaciones y con los contratos.

La responsabilidad de mantener un adecuado sistema de control interno recae sobre la administración de la empresa. La auditoría interna proporcionará a la dirección de la empresa servicios de aseguramiento relacionados con la revisión de la razonabilidad de esos sistemas de control interno, también otorgará una función de consultoría en forma de recomendaciones de manera de ayudar a implementar o mejorar sistemas ya existentes para gestionar de una mejor manera el riesgo. Por otro lado, la auditoría interna intentará solucionar y dar respuesta a problemas relacionados con fraudes, honradez y de conformidad.

La auditoría interna tendrá como obligación entregar anualmente un plan de auditoría que presentará a la dirección y realizar las auditorías ahí dispuestas siguiendo las normas establecidas.

El auditor deberá presentar informes que representa el fruto de todo un trabajo, en el que presenta su opinión respecto al tema que fue auditado, basándose en hechos respaldados y exactos. Al redactar debe ser lo más conciso posible y evitar terminología excesivamente técnica ya que, este informe va dirigido a personas que no siempre tienen la calidad técnica y profesional de contador auditor. El informe es lo único que se ve del trabajo de la auditoría, éste discrimina la capacidad profesional del auditor, ya que en él se debe presentar objetivamente el problema detectado, recomendar soluciones a dichos problemas, cuantificar el efecto de los problemas existentes y de los posibles cambios.

1.1. AUDITORÍA EN EL SECTOR PÚBLICO

La auditoría pública es una herramienta fundamental del sistema integral de control y evaluación de la administración pública, ya que permite entender cómo desarrollan sus actividades las instituciones en este sector. La auditoría permite evaluar los grados de eficiencia, eficacia y efectividad con que se han administrado los recursos humanos, materiales y presupuestos de un sistema público, en este sentido Franklin la define como: “una actividad independiente, de apoyo a la función directiva, que se enfoca en el examen objetivo, sistemático y evaluatorio de las operaciones financieras y administrativas realizadas” (2007, 210).

La auditoría en el sector público permite a los responsables de las instituciones atender a la demanda de la ciudadanía y ayudar a la administración al cumplimiento de sus objetivos y metas encomendadas. Dentro de los objetivos específicos de una auditoría en el sector público está la evaluación y creación de controles internos dependiendo de las necesidades de la institución, además de promover que los órganos internos lleven a cabo sus acciones en materia de control en forma programada y sistemática.

1.2. SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El sistema de Control Interno es un elemento fundamental dentro de cualquier clase de organización, ya que permite diseñar e implementar mecanismos con el fin de detectar, en un plazo deseado, cualquier clase de desviación respecto a los objetivos establecidos según las políticas, normas y estándares de cada empresa y prevenir cualquier evento que pueda evitar el logro de los objetivos.

En este sentido amplio el Informe COSO lo define como “un proceso efectuado por el consejo de administración, la dirección y el resto del personal de una entidad, diseñado con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de sus objetivos” (2005, 3)

De lo anterior se pueden rescatar varios conceptos fundamentales cuando se habla de control interno. En consecuencia, es un proceso llevado a cabo por personas, que entrega una seguridad razonable y que ayuda para el cumplimiento de objetivos.

Para que un sistema de control interno sea eficiente y perdure en el tiempo deben existir elementos básicos que interactúen entre sí de manera que la dirección de la empresa controle y evalúe la funcionalidad y exactitud de sus procesos al momento de determinar una decisión. El informe COSO definió cinco elementos interrelacionados entre sí, los cuales eran el Ambiente de control, Evaluación de Riesgos, Actividades de Control, Información y Comunicación; y Supervisión. Informe que causó una revolución en la visión empresarial frente a la administración y control de los sistemas de control interno. Este informe fue incorporado como una norma americana en el año 1997 a través del boletín SAS 78.

Sin embargo, acontecimientos tan importantes como la caída de grandes empresas Americanas en insolvencias, a pesar de que contaban con departamentos de auditoría y sistemas de control interno, llevó nuevamente a reunir la comisión COSO para reestudiar el documento anterior a la luz de los acontecimientos de estos años en el mundo empresarial y de la auditoría. Es así como en julio de 2003 se le solicitó a la empresa PricewaterhouseCoopers emitiera un nuevo documento denominado COSO ERM o COSO II.

El Informe COSO II, incluye una guía actualizada que proporciona herramientas de ayuda a las empresas en la administración de sus riesgos, ampliando de 5 a 8 los elementos del sistema de control interno, con esto se entrega una respuesta a las necesidades que viven las empresas en la actualidad las cuales operan en ambientes donde factores como la globalización, la tecnología, reestructuraciones, regulaciones, mercados cambiantes y competencias, entre otros, crean la incertidumbre. En este informe se plantea como temática fundamental, que la administración de riesgos, se aplica desde la puesta en marcha de las estrategias y objetivos operacionales de la organización, debiendo integrarse a todos los controles internos, hasta el resultado final y en la retroalimentación pertinente de todos los procesos.

1.2.1. INFORME COSO II

El informe COSO II o COSO ERM es una guía actualizada del nombrado COSO, solicitándole a la empresa PricewaterhouseCoopers emitiera un nuevo documento. El COSO II proporciona herramientas de ayuda a las empresas en la administración de sus riesgos, con esto se entrega una respuesta a las necesidades que viven las empresas en la actualidad, las cuales operan en contextos en donde factores como la globalización, tecnología, mercados altamente cambiantes, crean una gran incertidumbre al momento de tomar decisiones.

La Comisión Treadway organismo organizador del COSO plantea en la temática fundamental del segundo informe, que la administración de riesgo se debe aplicar desde la puesta en marcha de los objetivos y estrategias operacionales de cualquier organización, debiendo integrarse a todos los controles internos.

Para un sistema de control interno es imprescindible que existan ciertos elementos que funden la base para un buen funcionamiento organizacional, que relacionado con cuatro categorías de objetivos (objetivos estratégicos, operativos, de información y cumplimiento de normas), dan una estructura sólida y vital a la entidad para conseguir los objetivos organizacionales y darle un valor agregado a la función de Auditoría Interna. Los componentes de un sistema de control interno según el informe COSO II son; Ambiente interno, Definición o Establecimiento de objetivos; Identificación de eventos; Evaluación de riesgos; Respuesta o Estrategia frente al riesgo; Actividades de control; Información y comunicación; y Supervisión (Monitoreo o Vigilancia).

1.2.1.1. AMBIENTE INTERNO

El ambiente interno o de control interno, armoniza el conjunto de circunstancias que enmarcan el accionar de una entidad. Éste es el elemento base sobre el cual descansan todos los demás elementos del sistema de control interno, el factor clave de este elemento es la conciencia que genera la administración de la organización y que influye en sus

empleados sobre la forma de ver los riesgos y cumplimiento del sistema de control interno proporcionando disciplina y estructura. Los factores del ambiente interno incluyen la filosofía de gestión de una entidad, su riesgo aceptado, la supervisión ejercida por el consejo de administración, la integridad, valores éticos y competencia de su personal y la forma en que la dirección asigna la autoridad, responsabilidad, organización y desarrollo de sus empleados.

Todos los factores que afectan de una forma u otra a una organización, variarán en su capacidad de afectar en conformidad al tamaño de la entidad, a la forma de administrar y en la medida en que cada uno de estos factores sea considerado. El ambiente de control interno puede ser evaluado y controlado por la administración de la entidad de manera de que su funcionalidad sea óptima apuntando al cumplimiento de los objetivos básicos.

El Comité Asesor Especial del AICPA sobre Control contable interno llegó a la conclusión de que es posible hacer una evaluación general del ambiente de control interno de una entidad y que esa evaluación es

Un prelude necesario de la evaluación de los procedimientos y técnicas de control. El comité expresó además que un ambiente poco favorable de control puede causar que algunos controles contables se vuelvan ineficaces porque, por ejemplo, las personas vacilarán en oponerse a la violación por parte de la gerencia de un procedimiento específico de control. En cambio un fuerte ambiente de control, con controles presupuestarios rígidos y una función efectiva de auditoría interna, puede complementar significativamente los procedimientos y técnicas específicos de control. (Defliese, 2001, 278).

Al momento de decidir si en una organización existe un ambiente interno óptimo se debe considerar cada factor, algunos aspectos a veces son complejos de evaluar ya que son altamente subjetivos y obligan a que se formule una opinión subjetiva, que generalmente inciden de forma significativa en la eficacia del ambiente de control.

1.2.1.2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

Cada organización maneja y se plantea propios objetivos corporativos que serán el eje central de su funcionamiento los cuales son metas de alto nivel y de largo plazo. Establecer objetivos es una condición previa al desarrollo propiamente tal de las actividades de la entidad, éstos generalmente vienen implícitos en la misión y visión de la entidad, las cuales son su razón de ser. Es fundamental para el éxito, establecer objetivos correctos que se apoyen y se complementen con la estrategia seleccionada, y que incluya a todas las actividades de la entidad.

Enfocados en los objetivos estratégicos y en la estrategia misma, una entidad se posiciona para desarrollar los objetivos operacionales, cada objetivo operativo se une e integra a objetivos más específicos, de toda la organización, sobre todas las actividades, todos los objetivos deben ser rápidamente comprendidos y medidos por todo el personal y en todos los niveles jerárquicos, entendiéndolos a cabalidad, de manera de que toda la organización tenga el mismo sentido de hacer y ver las cosas.

1.2.1.3. IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS

Los eventos son sucesos que ocurren inesperadamente o porque alguien lo origina, éstos pueden ser de fuentes externas o internas de la empresa y pueden afectar el desarrollo de las estrategias y el logro de sus objetivos, es por esto que la administración de una organización debiera definir rangos de ocurrencia de eventos potenciales de manera de saber cómo actuar frente a ellos.

La ocurrencia de eventos puede tener doble impacto, que pueden ser, positivo que representa una oportunidad para la organización o negativo que puede significar un gran riesgo, que exigen la evaluación y respuesta de parte de la administración.

La metodología de la identificación de eventos puede comprender una variada combinación de técnicas, pero las más utilizadas son aquellas que consideran el pasado histórico y los

potenciales eventos futuros, como también los eventos potenciales comunes para el sector industrial en particular. Como eventos influyentes que puedan afectar a la organización externamente pueden ser, economía, catástrofes, medio ambiente, políticas de gobierno, cambio de hábitos sociales y tecnología, por otro lado para factores internos se identifican la infraestructura, personal, procesos y tecnología.

1.2.1.4. EVALUACIÓN DE RIESGOS

Toda entidad debe hacer frente a un sin número de riesgos que pueden originarse tanto de manera interna como externa que deben ser evaluados, y hasta qué punto afectarán en el logro de los objetivos de la organización. Muchos riesgos son implícitos dependiendo de la industria en la cual se encuentre inserta, y otros son únicos a una entidad en particular. Entonces según lo define el Informe COSO “La Evaluación del Riesgo consiste en la identificación y análisis de los factores que podrían afectar la consecución de los objetivos y, en base a dicho análisis, determinar la forma en que los riesgos deben ser administrados y controlados”. (2005,197)

Para efectos prácticos se considerarán dos tipos de riesgos, siendo el primero el riesgo inherente, el cual afecta a una entidad ante la ausencia de acciones de la administración que apunten a la modificación de su impacto y el riesgo residual es aquel que queda después que la administración responde al riesgo a través de controles, siendo éste derivado del primero.

La evaluación de riesgos considera el impacto de eventos esperados e inesperados, donde muchos de los esperados son rutinarios y son administrados con relativa facilidad con diversos sistemas. Por otro lado, los inesperados al tener una probabilidad tan baja de ocurrencia logran tener un gran impacto potencial, ya que la respuesta a veces puede ser tardía, entonces se llega a la conclusión que ambos riesgos deben ser administrados con eficacia y siempre tener mayor énfasis en los riesgos que son esperados y además puedan tener un gran impacto a nivel organizacional.

La metodología de evaluación de riesgos comprende una combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas. Las primeras son utilizadas cuando resulta imposible medirlas o

los datos no son suficientes o poco creíbles, para subsanar esto se utilizan métodos como lo son las entrevistas, documentaciones, etc. En cambio las cuantitativas de por sí traen más precisión y se ocupan en actividades complejas que generalmente son modelos matemáticos, lo cual lo vuelve totalmente dependiente de los datos de apoyo que fueron utilizados, para que sea confiable son utilizados modelos probabilísticos y no probabilísticos.

1.2.1.5. ESTRATEGIAS FRENTE AL RIESGO

La administración una vez ha evaluado los riesgos relevantes, deberá determinar de qué manera actuará frente a ellos, tomando como alternativa, evitar riesgo, reducirlo, compartirlo o aceptarlo, así como analizar sus costos y beneficio.

De acuerdo con la clasificación antes planteada de la reacción ante el riesgo se entenderá por evitar el riesgo, todas las acciones que vayan dirigidas a eliminarlo. Asimismo, se entenderá por reducir el riesgo, disminuir la probabilidad de ocurrencia, de impacto o ambos. Por otra parte, compartir el riesgo, será comprendido como minimizar la probabilidad de riesgo o impacto, compartiendo con otro una parte de él, como sucede por ejemplo con los seguros. Por último, se entenderá por aceptar el riesgo, no tomar ninguna acción frente al riesgo, que puede deberse a diferentes razones, pero lo importante es saber que hay riesgos que no pueden ser abordados.

Un tema importante de abordar cuando se habla de respuesta al riesgo son los costos y beneficios, ya que prácticamente cualquier clase de respuesta al riesgo trae consigo estas dos variables, y es tarea de la administración determinar si el costo directo de implantación de un control para reducir riesgo, es menor que el beneficio que traerá el reducir ese riesgo.

Para muchas organizaciones las respuestas al riesgo apropiadas para algunos tipos de riesgos son fácilmente determinadas y aceptadas, en cambio para otros tipos de riesgo a veces se encuentran poco claras, por lo que la administración deberá seguir todo un proceso para identificarlo. Será tema para la dirección de cada organización el mantener una perspectiva global de los riesgos, formando una visión de cómo tratar el riesgo, en donde delegará a cada gerente responsable de un área, función o unidad comercial desarrollar una

evaluación y respuesta al riesgo. De esta manera toda la entidad se encuentra en una posición de manejo, cultura y actitud frente al riesgo.

1.2.1.6. ACTIVIDADES DE CONTROL

Las Actividades de Control son políticas y procedimientos normados por la dirección de la entidad que ayudan a asegurar el cumplimiento de los objetivos, tomando medidas necesarias para controlar los riesgos relacionados con el desarrollo de las actividades de la organización.

Existen actividades de control en todos los niveles jerárquicos de una organización, estos comprenden una amplia diversidad de actividades como aprobaciones, como lo son las conciliaciones, verificaciones, revisiones, segregación de funciones y un sin número de otras actividades relacionadas, que de una u otra manera aseguran una respuesta al riesgo en forma rápida y oportuna.

Cualquier actividad de control como respuesta al riesgo dependerá de los objetivos que tenga cada organización, las decisiones que tome la dirección de esta misma, lo compleja que pueda llegar a ser la entidad, historia, cultura y un sin número de factores, que serán cada vez más complejos dependiendo la naturaleza y alcance de las operaciones de la organización como lo son por ejemplo entidades descentralizada y con sucursales, y por el contrario una empresa menos compleja maneja actividades de control simple y no se verá afectada mayormente a altas probabilidades de riesgo en sus operaciones.

1.2.1.7. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Toda organización maneja información relevante, siendo esta no necesariamente financiera, si no que relacionada con actividades internas o externas. Ésta información debe ser entregada a sus usuarios en forma oportuna y en un formato entendible para ellos de modo que les permita desarrollar sus responsabilidades, por ello el informe COSO definió cinco

conceptos que aseguran que la información entregada sea la requerida, estos conceptos son el Contenido; si la información contiene todo lo necesario, Oportunidad; la información se entrega en el tiempo adecuado, Actualidad; es la información más reciente disponible, Exactitud; que los datos que se entregan sean correctos y Accesibilidad; la información es obtenida fácilmente por las personas que tengan la autorización correspondiente.

La administración frente a este elemento de Información y Comunicación se enfrenta a un gran desafío que es procesar y refinar grandes volúmenes de datos, teniendo como resultado información relevante, lo cual se soluciona estableciendo buenos sistemas de información. Éstos se han integrado fuertemente con los fines estratégicos, lo que permite crear nuevas oportunidades y ventajas, utilizando la información en momentos oportunos, lo cual facilita anticiparse a los cambios del entorno, convirtiendo a la organización mucho más proactiva, concepto muy difícil de manejar con un mercado tan cambiante. Por otro lado, al integrar en los sistemas de información datos relacionados con las operaciones, se facilita el flujo de información hacia la dirección respecto a datos estancados en departamentos que tienen poca comunicación con otros departamentos para así disponer de información en tiempo real y oportuno.

Ante la creciente dependencia de los sistemas de información, cada día más sofisticados, y sistemas de decisión automatizados, la confianza que se deposita en los datos se vuelve relevante a la hora de tomar decisiones, es por eso que datos inexactos pueden producir riesgos no identificados o evaluaciones y decisiones erróneas, por ende a la hora de implementar un sistema de información este debe ser completamente confiable, ya que un mal sistema afecta más negativamente que no contar con ninguno.

1.2.1.8. SUPERVISIÓN

Dentro de cualquier entidad es necesario la existencia de un sistema de control interno que regule su óptimo funcionamiento, pero también es necesario que se supervise y se compruebe que se mantiene un adecuado funcionamiento del sistema en el transcurso del tiempo, es aquí cuando tiene cabida el concepto de supervisión ya que, mientras mayor nivel de eficacia en el monitoreo de actividades menor será la necesidad de evaluaciones

puntuales, asimismo la dirección debe fijar la frecuencia de las evaluaciones puntuales de manera que exista una seguridad razonable en que sus sistemas de control interno están funcionando adecuadamente.

Mientras la supervisión continua sobre los procesos permite que exista una retroalimentación constante sobre la efectividad de los demás componentes, no es conveniente que la misma unidad evalúe y monitoree sus propios procesos. La encargada de supervisar esto es la auditoría interna que debe ejecutar esta evaluación como parte de sus actividades normales o a solicitud exclusiva de la autoridad competente de la organización.

La fuente de información más completa de las deficiencias de la organización siempre será la administración de riesgos, ya que es donde las actividades de revisión diaria a los empleados y a los procesos, proporcionan una identificación rápida de las deficiencias de una entidad.

1.2.2. SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL SECTOR PÚBLICO

En el sector público los sistemas de control interno tienen como finalidad orientar a los organismos públicos a la formulación de normas que mejoren el funcionamiento de sus procesos de gestión e información gerencial en esta clase de instituciones, además de proteger y conservar los recursos de la entidad, asegurando que las operaciones se efectúen de una manera correcta. Por otro lado, un sistema de control interno en el sistema público regula la efectividad y eficiencia de las actividades realizadas por la institución y que éstas se encuentren dentro de programas autorizados previamente. Y que finalmente permitan una evaluación de las operaciones a través de auditorías internas o externas, reforzando el proceso de responsabilidad institucional.

A su vez las normas de control interno para el sector público son guías generales dictadas por la Contraloría General de la República, con el objeto de promover una sana administración de los recursos públicos en las entidades en el marco de una adecuada estructura del control interno. Estas normas establecen las pautas básicas y guían el accionar de las entidades del sector público hacia la búsqueda de la

efectividad, eficiencia y economía de las operaciones. (Contraloría General de la República; 2000, 5)

Estas normas de control interno tienen un campo de aplicación nacional para todas las instituciones comprendidas dentro del país, bajo la supervisión de los responsables de las instituciones o en su defecto bajo la supervisión de los jefes responsables del cumplimiento de estas normas dentro de la administración gubernamental.

1.2.2.1 NORMAS DE CONTROL INTERNO PARA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA GUBERNAMENTAL

Las normas de control interno para la administración financiera es un sistema de apoyo para la administración pública, es definida como “el sistema por medio del cual tiene lugar la planificación, recaudación, asignación, financiación, custodia, registro e información, dando como resultado la gestión eficiente de los recursos financieros públicos necesarios para la atención de las necesidades sociales” (Contraloría General de la República; 2000, 15). Este sistema de administración financiera está compuesto por varios componentes, el presupuesto, tesorería, endeudamiento público y contabilidad. Todos estos componentes traen consigo control interno que entrega una seguridad razonable de su funcionalidad y cumplimiento de objetivos. Éstos tienen por finalidad entregar información a la administración financiera respecto de la proyección, procesamiento e información de las operaciones pertinentes.

Las normas de control enfocadas en la administración financiera gubernamental van dirigidas a promover controles claves en áreas críticas de esta administración dentro de una visión que permita la integración de nuevos controles.

1.2.3. EVALUACIÓN PRELIMINAR DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Durante esta etapa el auditor efectúa un análisis completo y general de los procedimientos ocupados en la empresa en estudio de manera de conocer su estructura de control interno,

la eficiencia de éstos y el riesgo implícito en el trabajo que se va a realizar. Ésta es una etapa fundamental para reconocer si un sistema de control interno es confiable y permite determinar la dimensión de las pruebas de cumplimiento que se van a utilizar.

Para llevar a cabo este conocimiento general son utilizadas varias técnicas de recopilación de información como cuestionarios, notas narrativas y flujogramas.

- Cuestionarios: Son preguntas específicas, cerradas, destinadas a observar el cumplimiento de los objetivos básicos del sistema de control interno.
- Notas narrativas: Son narraciones de ciertas situaciones, donde alguien cuenta la forma en que se realiza un procedimiento.
- Flujograma: Es la descripción de un proceso pero con simbología, utilizado para presentar de una manera más resumida y compacta un procedimiento.

1.2.4. RESTRICCIONES DEL CONTROL INTERNO

Cada vez que se implementa un nuevo control interno, queda la sensación de que el proceso que está siendo asegurado por este control, nunca más tendrá que supervisarse o requerirá de atención para funcionar, sin embargo ésta es una idea errónea que queda en la mente de algunos. Un control interno, no importando lo bien que se haya desarrollado o el costo económico que se haya sacrificado, ni por muy bien que esté diseñado y operado, nunca proporcionará una seguridad completa de las operaciones ni del cumplimiento de los objetivos, si no que solo entregará una seguridad razonable a la administración y al consejo de directores respecto del cumplimiento de objetivos de una entidad. Esta seguridad es razonable por varias razones, ya que en casi todos los controles internos se toma en cuenta el juicio humano, que claramente puede fallar, ya sea por una equivocación involuntaria o voluntaria (colusión).

Que se diga que un control interno entrega seguridad razonable no implica que los sistemas de control interno fallen frecuentemente. Los factores individuales y colectivos sirven para

fortalecer el concepto de seguridad razonable y hacer cada vez más confiable y asegurar de mayor manera el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

1.2.5. RIESGO

Las entidades con fines de lucro e incluso las entidades gubernamentales actúan en ámbitos donde factores como la globalización, tecnología, normas, reestructuraciones crean una gran incertidumbre, ésta proviene de la dificultad de determinar con precisión la ocurrencia de eventuales acontecimientos.

El riesgo es la vulnerabilidad de que ocurra un posible o potencial evento que pueda dañar a personas, cosas o sistemas. A mayor vulnerabilidad mayor será el riesgo al cual se enfrenta.

En un sistema de control interno el riesgo significa la probabilidad que este control falle ante un eventual proceso, lo que dificulta el cumplimiento de objetivos y puede traer consecuencias que afecten significativamente a la entidad. Todas las entidades se encuentran obligadas a identificar todos los posible riesgos que puedan llegar a afectarla incluso creando una visión mucho más amplia de que existen riesgos que puedan llegar afectar tanto interna como externamente, y saber explicar cómo gestionarlos para llevarlos a niveles aceptables.

1.2.5.1. ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO EMPRESARIAL

Muchas compañías desarrollan constantemente procesos de manera de identificar y administrar el riesgo de una manera eficaz y eficiente, aunque existe una extensa información respecto a la manera de administrar el riesgo empresarial, no existen principios en común que sirvan de guía para la administración de las organizaciones.

El Informe COSO se manifiesta y define la administración del riesgo empresarial como:

Un conjunto de acciones (proceso) llevadas a cabo por el directorio, gerencia y el resto del personal de una entidad, aplicado en la definición de la estrategia y que abarca a toda la empresa, destinado a identificar acontecimientos eventuales que puedan afectar a la entidad y a procurar que los riesgos estén dentro del nivel aceptado para proveer una seguridad razonable con respecto al logro de los objetivos de la entidad. (Universidad de la República; 2005, 4)

De esta definición se destaca varios conceptos fundamentales como que es un proceso, realizado por personas, aplicada a una estrategia de manera de identificar y administrar el riesgo para entregar seguridad razonable en el cumplimiento de los objetivos. La importancia de esta definición tiene sentido ya que toda entidad, sea esta con fines de lucro o no, o sea entidad gubernamental, existe para proveer valor a sus grupos de interés (stakeholders). Entendiéndose por tal “aquellos individuos, grupos o organizaciones que recibirán el impacto o estarán interesados en el plan estratégico de la organización. Deben ser identificados y sus intereses deben ser determinados...”(Universidad de la República; 2005, 2). Definición que el COSO ERM plasmó para entender por ellos a empleados, clientes, consumidores, proveedores, gobiernos, sindicatos, acreedores, propietarios, accionistas y miembros de la comunidad que creen tener un interés en la organización, no importando si esa creencia sea exacta o razonable.

Para que una organización pueda aplicar de manera exitosa una visión de administración de riesgo, en primera instancia debe adoptar en conjunto la visión frente al riesgo, considerando la totalidad de los empleados y actividades, lo que podría significar que cada gerente responsable de cada unidad, departamento o función, entrega su visión respecto al riesgo de manera que la administración cree una visión general de respuesta al riesgo y con ello pueda establecer un nivel de riesgo aceptado por la compañía. La cantidad de riesgo que acepte la entidad dependerá de múltiples factores, todos ellos apuntando a la creación de valor.

La administración de riesgo no es un fin en sí mismo, sino que es una medida para alcanzar objetivos empresariales, operando en forma conjunta con todos los departamentos de la entidad, entregando información a la mesa directiva sobre los riesgos más significativos y como ellos serán administrados, como también el desarrollo de la gestión entregando medidas más precisas de control interno para minimizar el riesgo.

1.2.5.2. GESTIÓN DE RIESGO SECTOR PÚBLICO

La gestión de riesgo en el sector público se encuentra normada por una unidad del estado denominada Consejo de Auditoría General de Gobierno (CAIGG), ayudó a los servicios de administración del estado a llevar a cabo una implementación, respecto a la manera de enfrentar los riesgos a los cuales se encuentran sujetos esta clase de instituciones.

El llevar a cabo una gestión de riesgo a nivel general en una institución tiene como objetivo fundamental, que éstas sean capaces de identificar y tratar un riesgo, manteniendo procesos de respuestas al riesgo que sean estructurados, consistentes y continuos, así mismo que ello contribuyan al logro de los objetivos. De acuerdo con esta metodología cada proceso de identificación de riesgos debe mantener un control para evitarlos o minimizarlos, lo cual se plasma en una matriz de riesgos, mediante la cual se describen los procesos, subprocesos, objetivos de los anteriores y el riesgo pertinente que pudieran afectar, clasificándolo según su impacto en el cumplimiento de los objetivos.

Desde el año 2010 el CAIGG solicitó a los servicios públicos que identificaran, al menos, 20 riesgos críticos que podrían afectar al cumplimiento de sus objetivos, e informaran a éste consejo, un plan de tratamiento, que incluyera el manejo y administración de todos los riesgos críticos identificados.

1.2.6. SECCIÓN 325 DE LAS NAGA

La sección 325 de las Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas (NAGA) se refiere a la comunicación de las condiciones relacionadas al control interno en una auditoría de estados financieros. Esta Sección establece los lineamientos necesarios para la identificación de situaciones relacionadas al control interno de la institución, estableciendo la manera y a quien comunicar éstos lineamientos.

Durante una auditoría, el auditor debe tomar en consideración los hallazgos relacionados con el control interno e informar al comité de auditoría, al directorio o a otra autoridad de alto

nivel jerárquico, cualquier evidencia que sea de interés para estas unidades. Esta etapa se reconoce como, condiciones a informar. Principalmente, estas son situaciones que al auditor le llaman la atención ya que pueden representar una importante deficiencia que los puede llevar a un incumplimiento grave de sus objetivos.

La forma y el contenido del informe que debe presentar el auditor respecto a las condiciones a informar de la estructura del control interno, deberán ser preferentemente por escrito, indicando que es de uso exclusivo para uso e información del comité de auditoría de la institución, o en su defecto a la administración u otra persona responsable de la organización. Cuando el auditor comunica observaciones sobre condiciones a informar, será necesario indicar el origen de cada una de éstas.

1.2.7. EL CONTROL INTERNO DEL CICLO DE INGRESOS

Dentro de una organización existen diversos ciclos siendo uno de los más relevantes no importando el tipo de organización el de ingresos. “El ciclo de ingresos comprende aquellas funciones que implican el intercambio de productos y/o servicios con los clientes por efectivo” (Estupiñan, 2006, 135).

De acuerdo a lo que plantea Santillana (2001) dentro de las fases del ciclo de ingresos se encuentra la recepción de dinero, la cual comúnmente se relaciona con el manejo de caja, al aplicar controles internos a esta fase es de utilidad considerar los principios fundamentales de control que les pueden ser aplicables. Estos controles se pueden enfocar desde dos puntos de vista, ya sea un punto de vista externo que de la seguridad de que el dinero que ha sido recibido sea el que debió haberse recibido o bien desde el punto de vista del empleado que permita verificar que no realice desviaciones del dinero que percibe hacia otros fines que no correspondan.

Los principios fundamentales de control que le son aplicables total o parcialmente a las recepciones de caja son:

1. La contabilidad debe efectuarse lo más rápido posible; ello permite tener un mayor control de la percepción de caja.

2. Los registros contables deben estar orientados, lo más racionalmente posible, hacia los ingresos a caja; es necesario que aquellos ingresos de caja que constituyan una contabilización inicial se encuentren ligados a los registros intermedios contables que pueden estar dados por ejemplo por los auxiliares de las cuentas por cobrar.
3. Se deben instituir controles para asegurar que se cobren los servicios; es de real importancia que se tomen las medidas necesarias que permiten asegurar que los servicios que son prestados sean cancelados por el cliente, este control puede estar dado mediante una restricción de acceso o un ticket, entre otros.
4. Se debe utilizar, hasta donde sea posible, un control adicional, es decir control sobre control puede contribuir en una correcta realización de las actividades de las recepciones de caja.
5. Conciliar los ingresos de caja; es uno de los métodos más eficaces desde el punto de vista del control además de permitir la separación de responsabilidades entre aquellas personas que intervienen en el proceso.
6. Los ingresos a caja deben separarse de los egresos: Al no mezclar los ingresos y egresos de caja permite realizar un control eficaz, además de poder efectuar una clara contabilización, más aún si son controlados por personas diferentes.
7. Los ingresos a caja deben permanecer intactos y depositarse de inmediato; los ingresos deben ser depositados idealmente al término de la jornada o en la mañana siguiente, lo cual permite que haya una revisión eficaz y se obtenga la mejor utilización de los recursos de la organización.
8. Deben contabilizarse adecuadamente todas las contrapartidas; aquellos rubros que representan contrapartidas de los ingresos a caja también deben ser contabilizados oportuna y correctamente.
9. Los registros contables de los ingresos deben ser operados de manera independiente; los encargados de realizar los registros deben ser diferentes, es decir quién sea el encargado de realizar los libros auxiliares no deben ser los mismos encargados de los libros contables principales.

2. GESTIÓN HOSPITALARIA EN CHILE

Desde 1952 hasta 1981 el sistema nacional de salud contaba con una cobertura universal y se podía acceder gratuitamente, ya que era totalmente financiada por el Estado, sin embargo

en la década del 80 la dictadura redujo considerablemente el gasto público en salud y creó los Institutos de Salud Previsional (ISAPRE).

El presupuesto para el sector de la salud era totalmente ineficiente, existía un severo desfinanciamiento y con ello se presentaba un deterioro en la infraestructura, equipamiento y recurso humano calificado y a la vez una baja capacidad de respuesta a las demandas de la población. En el gobierno de Patricio Aylwin a comienzos de los 90 se inició un fuerte proceso de inversión como respuesta a la necesidad de fortalecer el sistema público. Al cierre de la década el gasto público en salud había subido casi un punto en relación al Producto Interno Bruto. Sin embargo, a pesar de los mayores recursos la productividad en el sistema de salud no lograba ser eficiente.

Como respuesta a lo que sucedía en el sector de la salud a partir del año 2002 el gobierno comienza la implementación de una reforma sanitaria dirigida netamente a optimizar la organización del sistema, definiendo garantías explícitas en salud, para luego en el año 2004 promulgar la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria, implementando los hospitales con régimen de autogestión.

2.1. SERVICIOS DE SALUD ANTES DE LA LEY 19.937

La reforma del sistema de salud realizada en la década de los 80 a través del D.L. 2763 pretendió concentrar al ministerio en las tareas normativas y descentralizar en los servicios la gestión de la salud y con ello se concentraron también en estos servicios las facultades fiscalizadoras lo que resultó en una doble condición como gestor asistencial y autoridad sanitaria que dificultó que se resolviera adecuadamente los problemas que se presentan en ambas áreas.

“El Ministerio de Salud está involucrado en la conducción de los prestadores públicos. Por su parte, los Servicios de Salud, entes descentralizados, realizan funciones de autoridad sanitaria. Esta mezcla de funciones ha sido administrativamente ineficiente”. (Biblioteca Congreso Nacional, 2004, 8).

2.2. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria tiene entre sus objetivos implementar una nueva modalidad de gestión en el sistema de salud pública y busca asegurar el financiamiento en forma independiente a la cobertura de la atención médica.

Con la ley de autoridad Sanitaria se crean los hospitales de Autogestión en Red donde “se incluyen aquellos establecimientos que cuentan con una mayor especialización de sus recursos humanos, implementación de tecnología y capacidad resolutive y que acrediten cumplir con condiciones especiales de competencia y desempeño en los ámbitos asistenciales, financieros y de calidad”. (Biblioteca Congreso Nacional, 2004, 21).

Este modelo entrega más herramientas para trabajar a los servicios de salud proporcionándoles una mayor independencia mediante la facultad de administrar y disponer de sus ingresos propios, la celebración de convenios con el Fondo Nacional de Salud, entre otras atribuciones que les permiten autogestionarse.

La Ley de Autoridad Sanitaria estableció una lista de 59 hospitales dependientes del Servicio de Salud que podrían postular a la categoría de Autogestionados en Red. Durante el período 2005 – 2007 sólo once cumplieron con las condiciones establecidas en el instrumento de evaluación establecido.

Para los hospitales restantes se estableció como plazo para hacer efectiva su calidad de Establecimiento Autogestionado en Red el 1º de Enero del 2009, sin embargo antes del cumplimiento del plazo el Ministerio de Salud convino con el Parlamento el aplazamiento de un año para la entrada en vigencia de esta reforma, debido a que consideró que los hospitales no se encontraban preparados para enfrentar las condiciones de Establecimientos Autogestionados en Red.

2.3. HOSPITAL

La palabra hospital viene del latín hospes, “huésped” o “visita”, pero también “hospedador”. De hospes se derivó hospitalia, “casa para visitas foráneas”. Posteriormente hospitalia se transformó en hospital para designar el lugar de auxilio a los ancianos y enfermos.

“Hospital será el establecimiento destinado a realizar todas o algunas actividades de recuperación, fomento y protección de la salud y de rehabilitación de personas enfermas, mediante atención cerrada, abierta de pacientes referidos y de emergencia”. (MINSAL, 1986, 31).

En el contexto de esta definición se explicitan los tipos de atención, por cuanto este estudio se centra en uno de estos tipos de atención.

- **Atención cerrada:** es la modalidad de atención médica en que el paciente recibe los cuidados diagnóstico-terapéuticos mientras ocupa una cama de hospitalización.
- **Atención abierta:** es la modalidad de atención médica en que el paciente recibe los cuidados diagnóstico-terapéuticos en forma ambulatoria, es decir, sin hospedarse en una cama hospitalaria.
- **Atención de Emergencia:** Es la modalidad de atención de urgencia en la que el paciente requiere intervención inmediata.

2.3.1. DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD Y FINANZAS

El departamento de contabilidad y finanzas es una unidad de gran relevancia tanto en empresas como en instituciones, ya que contribuye en el cumplimiento de objetivos.

La unidad de contabilidad y finanzas del Hospital Regional Rancagua tiene como misión:

Controlar el cumplimiento de las metas de Gestión Financiera Contable y Presupuestaria con la finalidad de velar por el equilibrio financiero del establecimiento, cautelar el uso eficiente de los Recursos Financieros estudiando y proponiendo mejoras de acuerdo a los lineamientos generales que imparte la Subdirección Administrativa. (Hospital Regional Rancagua; 2010,2)

El desarrollo de las actividades de este departamento está orientado al cumplimiento de diversos objetivos, cabe señalar los más importantes:

1. Aplicar y ejecutar el debido control interno sobre los procesos contables.
2. Proponer al equipo directivo, las medidas necesarias para mantener el equilibrio Financiero.
3. Dar soporte y servicio a cada Centro de Responsabilidad para una gestión descentralizada del Recursos Financieros acorde a los requerimientos de la organización.

Dentro de las áreas que se encuentran a cargo de este departamento se encuentra la unidad de Admisión y Recaudación de Urgencia Adulto.

2.3.1.1. ADMISIÓN

Según la Real Academia Española, (2005) “es la acción y efecto de recibir o dar entrada”.

Para la unidad de Urgencia Adulto se refiere al proceso de recepción de la información del paciente que requiere atención médica de urgencia. Es realizada por un oficial administrativo que ingresa los datos necesarios para confeccionar el Dato de Atención de Urgencia (DAU), como el nombre, edad, previsión y motivo de consulta, entre otros.

2.3.1.2. RECAUDACIÓN

Según Fernández R. (2009) “es la cobranza o recepción de fondos o bienes por parte de un agente económico o alguna institución fiscal”.

Para la unidad de Urgencia Adulto del Hospital Regional Rancagua representa el proceso de realizar el cobro a los pacientes por las prestaciones otorgadas en esta unidad. Comienza con la recepción del DAU por parte del oficial administrativo de turno en donde se encuentra registrado todo lo que se le ha practicado al paciente, luego se valoriza de acuerdo al arancel establecido y se procede al cobro.

Este cobro es realizado de acuerdo a la previsión que posea el paciente, la cual consta en el DAU.

El Dato de Admisión de Urgencia (DAU) es un documento en duplicado, con numeración correlativa y único por atención requerida, contiene toda la información que identifica al paciente, obtenida en el proceso de admisión, además de las consideraciones médicas que sean realizadas durante el proceso de atención. Siendo la copia de pertenencia del paciente y la original del Servicio de Salud que otorga las prestaciones.

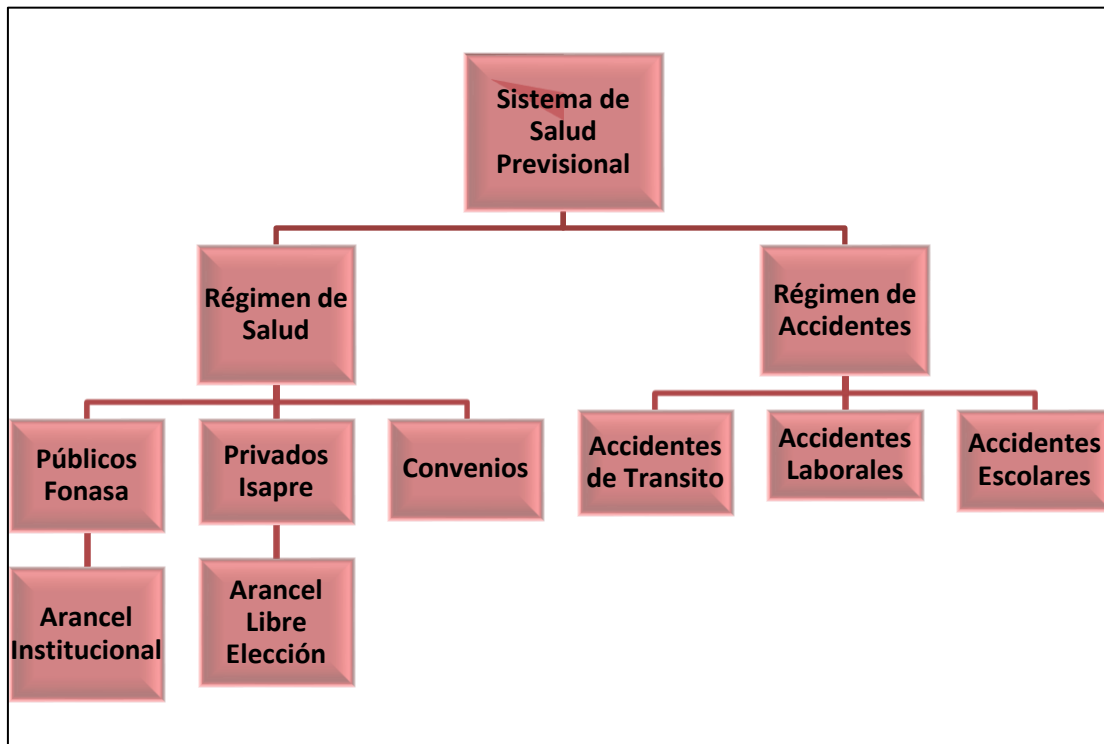
2.4 SISTEMAS PREVISIONALES DE SALUD

Los sistemas previsionales de salud son gestionados por las administradoras de los fondos de salud y se encuentran apoyados tanto en el régimen de seguro de salud como en el régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

El régimen de seguro de salud es financiado a través del aporte de un 7% de las remuneraciones de los trabajadores. Éste aporte es ingresado principalmente al Fondo Nacional de Salud (FONASA) o a los Institutos de Salud Previsional (ISAPRE).

En urgencia adulto del Hospital Regional Rancagua el paciente cancela las prestaciones percibidas de acuerdo al sistema previsional de salud al que se encuentre suscrito, el cual puede ser instituciones pertenecientes al sector público, privado, convenios o régimen de accidentes, como se presenta en la Figura nº2.

Figura nº2: Sistema de Salud Previsional



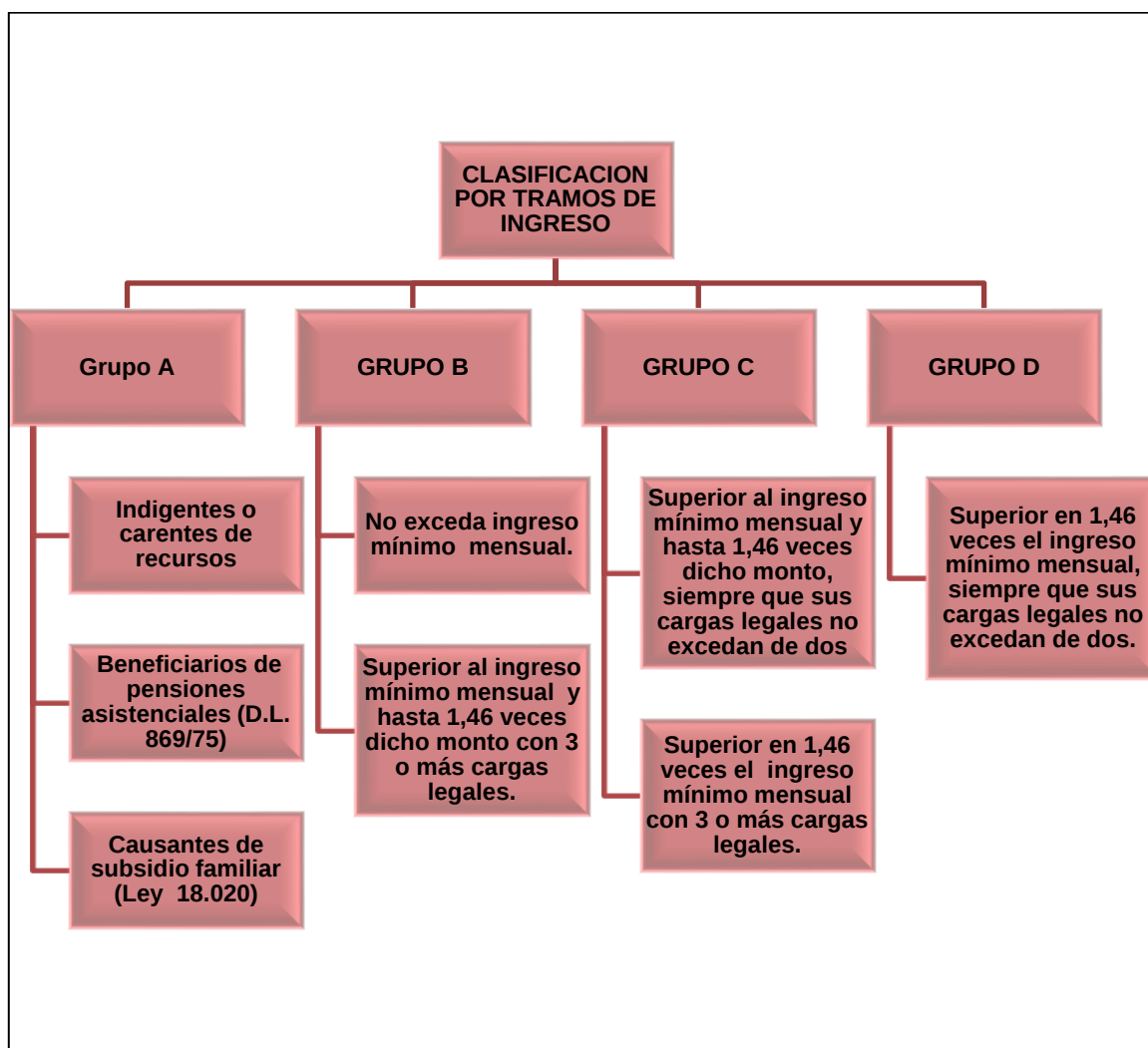
Fuente: Elaboración Propia, 2011, basado en información obtenida

2.4.1 FONASA

Es el fondo nacional de salud y representa al sector público, en este régimen se adhieren tanto trabajadores de empresas públicas como privadas, trabajadores independientes, además de aquellas personas que son parte de programas estatales.

Las previsiones de salud otorgadas por este organismo son clasificadas según el Decreto con Fuerza de Ley 1 que “regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud” (Biblioteca Del Congreso Nacional de Chile, 2006,88) en las siguientes categorías como se presenta en la figura nº3:

Figura nº3: Clasificación por tramos de Ingreso



Fuente: Fondo Nacional de Salud

Grupo A: Poseen gratuidad en el sistema público.

Grupo B: Poseen gratuidad en la mayoría de los servicios otorgados en el sistema de salud pública.

Grupo C: Tienen que realizar un pago de un 10% del arancel institucional de todas las prestaciones que le sean practicadas

Grupo D: Tienen que realizar un pago de un 20% del arancel institucional de todas las prestaciones que le sean practicadas.

2.4.2 ISAPRE

Las Instituciones de Salud Previsional, son el mayor representante del sector privado, a este régimen se pueden adherir trabajadores de empresas públicas, privadas e independientes, entre otras.

Los pacientes que se encuentran afiliados a este régimen deben cancelar de acuerdo al arancel libre elección.

2.4.3. CONVENIOS

Corresponde a Instituciones del Estado como Carabineros o Fuerza Aérea, entre otros que poseen una previsión propia otorgada por la institución a la cual pertenecen.

DIPRECA: Corresponde a la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile y es la previsión que poseen los funcionarios de Carabineros de Chile, Gendarmería y Policía de Investigaciones. Es acreditada mediante el Carnet de Medicina Curativa, un documento de carácter previsional que permite a los beneficiarios de este sistema acceder a la atención médica. Sus prestaciones son cobradas mediante el Arancel Institucional.

CAPREDENA: Corresponde a la Caja de Previsión de la Defensa Nacional y es la previsión que poseen los funcionarios de las Fuerzas Armadas, compuesta por la Fuerza Aérea, el Ejército y la Armada.

2.4.4. RÉGIMEN DE ACCIDENTES

Independiente de la previsión a la cual se encuentre afiliado el paciente, si requiere atención de urgencia debido a un accidente laboral, escolar o de tránsito su atención será realizada

bajo este régimen previsional. En este caso el cobro de las prestaciones se traspasa del paciente a la institución correspondiente

Accidentes Laborales: Las personas que producto de la realización de sus actividades laborales sufra un accidente que lo lleve a necesitar atención de urgencia se encuentra adscrito al régimen de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 16.744. Este seguro puede ser perteneciente a una aseguradora privada contratada por el empleador o bien al Instituto de Seguridad Laboral, que es una institución pública que administra el seguro social contra accidentes de trabajo. Estas se harán cargo de las prestaciones médicas que le sean practicadas al paciente.

Accidentes Escolares: Aquellos pacientes que sufran accidentes con motivo de sus estudios, práctica profesional o en el trayecto de ellos y requieran atención médica de urgencia se encuentran cubiertos con el Seguro Escolar, el cual es otorgado por el Ministerio de Educación a todo alumno regular de establecimientos reconocidos por el Estado, siendo beneficiados los alumnos desde educación parvularia hasta universitaria

Accidentes de Tránsito: Para aquellas personas que sufren accidentes automovilísticos existe el seguro obligatorio de accidentes personales de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 18.490, el cual cubre la muerte y lesiones corporales que sufran las personas debido a un accidente de tránsito en que intervenga el vehículo asegurado. Este seguro protege tanto a las personas que ocupen el vehículo asegurado como a cualquier tercero lesionado por el vehículo asegurado.

En las tres modalidades de accidentes el paciente debe presentar el seguro correspondiente que avale la ocurrencia de éste y que permitirá su cobro a las instituciones correspondientes.

2.5 FORMAS DE COBRO

En la atención de salud existen dos modalidades de cobro de prestaciones, se encuentran establecidas en el libro II del Decreto con Fuerza de Ley 1 que “regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud” (Biblioteca Del Congreso Nacional de Chile; 2006, 93).

2.5.1 ARANCEL

Los aranceles son emitidos por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen General de Garantías de Salud (Ley 19.996). El arancel está conformado por un catálogo de prestaciones de Salud, con una clasificación, codificación y valores preestablecidos por el Ministerio de Salud y Hacienda. Se encuentra dividido en títulos, en los cuales las prestaciones son identificadas bajo un código compuesto por siete dígitos, los cuales representan:

- Primer y segundo dígito, representa el código que identifica el grupo de la prestación.
- Tercer y cuarto dígito, representa el código que identifica el subgrupo de la prestación.
- Los últimos tres dígitos, representan dentro de cada subgrupo el código específico de cada prestación.

2.5.1.1 ARANCEL INSTITUCIONAL

Bajo esta modalidad son cobradas las prestaciones médicas que se otorguen a los beneficiarios de aquellos organismos que pertenezcan al Sistema Nacional de Salud ya sea dependientes del Ministerio de Salud o entidades públicas.

2.5.1.2 ARANCEL LIBRE ELECCIÓN

Bajo esta modalidad son cobradas las prestaciones médicas que se otorguen a aquellos afiliados que han elegido libremente el prestador y plan de salud dentro del Instituto de Salud Previsional, o bien no posean previsión alguna.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La necesidad de disponer un sistema de control interno en los servicios de salud públicos que permita guiar a la organización en el logro de su estrategia, ha obligado a desarrollar diversas leyes y normas al respecto, más aún hoy que se enfrenta a un nuevo proceso de autogestión que los faculta a tomar decisiones en el ámbito de la administración de sus recursos y financiamiento.

Para el Hospital Regional Rancagua el desarrollo de una gestión de cobranza eficaz y eficiente representa una estrategia de comercialización orientada a incrementar sus ingresos propios, como una actividad complementaria para el financiamiento del establecimiento. Dentro de las áreas que debe desarrollar esta gestión se encuentra la unidad de admisión y recaudación de urgencia adulto que actualmente no cuenta con manuales de control interno que establezcan los procedimientos a seguir por parte de sus funcionarios.

Con la presente investigación se analizará los procedimientos de control interno de la unidad de admisión y recaudación de urgencia adulto del Hospital Regional Rancagua a noviembre del año 2011, detectando las causales que llevan la pérdida de recursos, concluyendo con normas y procedimientos que puedan ser incorporados en este servicio.

OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Analizar de los procedimientos de control interno en el área admisión y recaudación de Urgencia del Hospital Regional de Rancagua durante el período comprendido entre los años 2009 y 2011.

Objetivos específicos

- 1.- Diagnosticar la situación actual en referencia a los procedimientos en la unidad de admisión y recaudación de pacientes en el área de urgencia adultos del Hospital Regional Rancagua mediante entrevista al personal involucrado y la jefatura directa de esta área.
- 2.- Distinguir los principales riesgos y exposiciones al riesgo que afectan los procesos en la unidad de admisión y recaudación de pacientes en el área de urgencia adultos del Hospital Regional Rancagua en base a la metodología propuesta por el CAIGG.
- 3.- Identificar los procedimientos de control efectivamente utilizados en la unidad de admisión y recaudación de pacientes en el área de urgencia adultos del Hospital Regional Rancagua a través de la aplicación de listas de cotejo.
- 4.- Precisar aquellos elementos de control interno que existen en la unidad de admisión y recaudación de pacientes en el área de urgencia adultos del Hospital Regional Rancagua a través de una lista de cotejo basada en el COSO II.
- 5.- Proponer mejoras para los procedimientos que poseen un riesgo más alto y que tienen una debilidad de control en la unidad de admisión y recaudación de pacientes en el área de urgencia adultos del Hospital Regional Rancagua en base a la sección 325 de las NAGA.

METODOLOGÍA

El presente estudio es cuantitativo de tipo descriptivo-explicativo y, se realizará en las siguientes etapas:

Etapas 1: Recopilación de Antecedentes

Esta etapa consiste en obtener la información necesaria que permita descubrir los procedimientos de control que son practicados en el área de Admisión y Recaudación de Urgencia Adulto del Hospital Regional Rancagua.

Las actividades a realizar son:

- a) Recopilar información sobre la Ley Autoridad Sanitaria 19.937 (2004)
- b) Recopilar información sobre la Auditoria en el sector público
- c) Entrevista Jefe de Finanzas Hospital Regional Rancagua, revelando la necesidad de contar con manuales de procedimientos de control interno en el área Admisión y Recaudación.
- d) Obtener conocimiento del funcionamiento del Hospital Regional Rancagua, su necesidad de contar con un sistema de control interno y en su calidad de Hospital Autogestionado en Red, a través del Manual Organizacional Hospital Regional Rancagua, el Manual Organizacional centro de responsabilidad, operaciones y apoyo logístico, el Manual Organizacional Gestión Financiera Hospital Regional Rancagua,
- e) Entrevista al personal involucrado en Admisión y Recaudación de Urgencias del Hospital Regional Rancagua, (anexo nº2).

Etapas 2: Sistematización de la información y determinación de la Institución en estudio

En esta etapa se realizará un análisis de la información obtenida con antelación obteniendo un mayor conocimiento del control interno, la gestión hospitalaria y se determino la institución en estudio.

La sistematización de la información fue realizada mediante resúmenes, organigramas. Siendo separada por criterios. Los cuales son:

- a) Auditoría Interna.
- b) Gestión Hospitalaria.
- c) Antecedentes de la institución en estudio.
- d) COSO II.

La determinación del sujeto de estudio de la investigación fue por conveniencia en cuanto al acceso de la información y conocimiento de no contar con normas y procedimientos en el área en estudio.

Etapas 3: Diseño, validación y aplicación de instrumentos

En esta etapa se implementan las técnicas para obtener los datos, que incluyen elaboración, validación y aplicación de entrevistas y listas de cotejo.

Las actividades a realizar para dar cumplimiento a esta etapa son:

- a) Diseñar entrevistas y listas de cotejo, adaptándolos a la investigación y planteando interrogantes direccionados a obtener información sobre el control interno en el sistema de salud público.

- Entrevista Narrativa, según anexo 2.
Objetivo: Descubrir la situación actual en referencia a los procedimientos utilizados en el área en estudio.
Aplicación: Se aplicará a los 6 funcionarios involucrados en ésta área y al Jefe del departamento de Finanzas.
- Lista de Cotejo, según anexo 7.
Objetivo: Verificación del cumplimiento de los procedimientos en el área de Admisión y Recaudación de Urgencia.

Aplicación: Mediante la revisión de la información diaria generada en el área en estudio.

- Encuesta, según anexo 8.

Objetivo: Verificación de los elementos de control interno que existen en el área de Admisión y Recaudación de Urgencia según, según COSO II.

Aplicación: Se aplicará a la a todos los funcionarios del área de admisión y recaudación

- b) Validación de los instrumentos de investigación con expertos en la línea de auditoría al interior de la universidad para aprobar el contenido, la estructura y la consistencia.

Variables del estudio

- **Variable nº1**

La variable nº 1 consiste en “los procedimientos de control interno en el área admisión y recaudación de Urgencia del Hospital Regional de Rancagua”

Definición conceptual

Es el proceso efectuado por la dirección y todo el personal del hospital, diseñado con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de sus objetivos.

Definición operacional

Revisión y análisis de todos los procedimientos de control efectuados por esta unidad a través de los resultados obtenidos de las entrevistas a los trabajadores e identificar cuáles y cuántos son los procedimientos que se llevan a cabo en esta área.

- **Variable nº 2**

La Variable nº 2 consiste en la “Eficiencia de los procedimientos de control en el período comprendido entre Enero del año 2009 y Octubre del año 2011”.

Definición conceptual

Es un conjunto de normas que deben ser efectuados según las políticas de la institución con el fin de lograr los objetivos establecidos.

Definición operacional

Mediante los resultados obtenidos por el cuadro resumen de la información de las consultas diarias según clasificación de Admisión y Recaudación de Urgencias del Hospital Regional Rancagua e identificar cuales procedimientos concentran un mayor riesgo.

Etapas 4: Medición del Nivel de Riesgo

En esta etapa se implementarán las técnicas para determinar los procedimientos que tienen una mayor probabilidad e impacto de riesgos para la unidad de Admisión y Recaudación de Urgencia Adulto del Hospital Regional Rancagua.

Las actividades a realizar son:

- a) Determinación de la probabilidad de ocurrencia del riesgo, a través de una lista de cotejo según anexo 5, con el objetivo de determinar la probabilidad en que se encuentran presente los riesgos a la hora de llevar a cabo los procedimientos. Se tomará una muestra aleatoria de los meses de Mayo a Julio durante el período comprendido entre los años 2009-2011. La muestra es seleccionada en este período, ya que son los meses donde existe una mayor concurrencia de pacientes en el área en estudio. La muestra será de 68 por cada riesgo identificado con un error aceptable del 0,1.
- b) Clasificación de los riesgos mediante la escala de probabilidad de ocurrencia que nos permite categorizar dichos riesgos mediante parámetros. Según anexo 3
- c) Clasificar la materialidad del impacto mediante una escala que permite categorizar el riesgo según su impacto en la institución, basándose en la opinión del Jefe de Finanzas de la institución a la hora de clasificar dichos riesgos en alguna categoría. Según anexo 4.

d) Determinación de la severidad del riesgo mediante la aplicación de una matriz que relaciona las categorías de probabilidad e impacto, obteniendo como resultado el nivel de riesgo de los procedimientos en estudio. Según anexo 6.

Etapas 5: Análisis y discusión de la información recopilada

En esta etapa se realiza un análisis de la información y se procede a obtener conclusiones

Las actividades a realizar son:

- a) Organizar la información obtenida de las entrevistas al personal de admisión y recaudación y presentación de los procesos a través de flujogramas.
- b) Tabulación de la información obtenida de la aplicación de la matriz de nivel de severidad de riesgo y presentación a través de gráficos
- c) Organizar la información obtenida de la encuesta de la existencia de los elementos de control interno y presentación en cuadro resumen.
- d) Analizar e interpretar la información obtenida de las entrevistas al personal de admisión y recaudación que nos permite tener una visión general y preliminar de los procedimientos de control interno que se efectúan en el área de Admisión y Recaudación de Urgencias del Hospital Regional Rancagua
- e) Análisis e interpretación de la información obtenida de la aplicación de la matriz de nivel de severidad de riesgo que nos permita distinguir los principales riesgos y exposiciones al riesgo que afectan el área en estudio que nos darán el foco de la investigación.
- f) Análisis e interpretación de la información obtenida de encuesta de la existencia de los elementos de control interno, que nos permite obtener una visión general sobre la base que funda un buen funcionamiento organizacional.

- g) Tomando en consideración los análisis y discusiones se materializa la presentación de las observaciones obtenidas a través del modelo de Comunicación de condiciones relacionadas al control interno. Según Anexo 9
- h) Se obtienen las conclusiones de la investigación tomando en consideración los análisis y discusiones realizadas.
- i) Redacción del informe final de acuerdo a las normas establecidas en el Reglamento de Titulación de la Escuela de Auditoría

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Comentarios Generales

En el análisis de los resultados se procesa y evalúa la información obtenida a través de la aplicación de entrevistas y listas de cotejo que se aplicaron a la institución en estudio con la finalidad de realizar un análisis de los procedimientos de control interno en la unidad de admisión y recaudación de urgencia adulto del Hospital Regional Rancagua.

El procesamiento de la entrevista no estructura al personal de la institución en estudio se ha efectuado a través del desarrollo de una nota narrativa y posteriormente se realiza un detalle de los procedimientos que se identifican en el área en estudio para reflejarlos en un flujograma que permite presentar los procesos que se realizan en el área de admisión y recaudación de pacientes en urgencia adultos del Hospital Regional Rancagua y alcanzar.

El procesamiento de la lista de cotejo, para determinar la probabilidad de suceso en los riesgos, se ha llevado a cabo seleccionando una muestra para verificar en que porcentaje está presente el riesgo en los procedimientos identificados, posteriormente mediante la escala de probabilidad de ocurrencia y la escala para materialidad del impacto basadas en el CAIGG, se elabora la escala para medir el nivel de severidad del riesgo.

El procesamiento de la lista de cotejo, desarrollada para verificar el cumplimiento de los procedimientos que presentan un mayor nivel de severidad del riesgo, se realizó seleccionando una muestra significativa que nos permitió detectar cuales de los procedimientos son efectivamente utilizados en el área en estudio, estos son presentados a través de gráficos para dar una mejor apreciación de los resultados obtenidos.

El procesamiento de la lista de cotejo para identificar los elementos del control interno que se encuentran presentes en el área en estudio, se ha realizado a través de un cuadro análisis, según anexo 7 basado en el COSO II, en donde se precisa las características que debe cumplir cada elemento del control interno para que este sea considerado como eficiente, realizando un cuestionario aplicado a los funcionarios del área, además de la observación

efectuado durante proceso de aplicación de todos los instrumentos que nos entregan una visión y entendimiento global de la forma en que se llevan a cabo los procesos.

Con los resultados obtenidos mediante la aplicación de diversas herramientas, modelos e instrumentos y discusión de ellos, se identificaron los procedimientos que presentan un mayor riesgo y que poseen una debilidad de control en la unidad en estudio se procede a elaborar recomendaciones destinadas a mejorar los procedimientos administrativos, realizando una carta de control interno con lo identificado y las recomendaciones consideradas para ello.

La discusión de resultados es efectuada con una comparación entre la información obtenida mediante la aplicación de instrumentos y el marco teórico, con la finalidad de detectar cualquier inconsistencia en la información obtenida, además, verificar el comportamiento de las variables en estudio.

Según la aplicación del Anexo n°2, a través de notas narrativas se pudieron identificar todos los procedimientos utilizados por los funcionarios en la unidad de admisión y recaudación comparándolos con los procedimientos que Jefe de Finanzas afirmó que se efectuaban, esto nos sirve para verificar el comportamiento de la variable n°1 “Los procedimientos de control interno en el área admisión y recaudación de Urgencia del Hospital Regional Rancagua”.

Según la aplicación del Anexo n°6, a través de la determinación de la probabilidad de suceso en los procedimientos se pudo evaluar la efectividad de los procedimientos más riesgos que nos sirve para verificar el comportamiento de la variable n°2 “Eficiencia de los procedimientos de control en el período comprendido entre el año 2009 y 2011”.

El cumplimiento del objetivo específico número 1 se logró a través de las notas narrativas aplicadas al personal del área de Admisión y Recaudación de Urgencia y Jefe de Finanzas del Hospital Regional Rancagua según Anexo n°2, se obtuvo un conocimiento global de todos los procedimientos aplicados dentro del área, en donde se realizó un paralelo entre las afirmaciones emitidas por los trabajadores con la emitida por el Jefe de Finanzas, de la cual no se revelaron diferencias significativas en cuanto a la forma de llevar a cabo los

procedimientos. A raíz de este instrumento fue posible detectar 25 principales procedimientos que guardan relación con el trabajo de auditoría en función a los controles internos que significa la base sobre la cual se realizará el análisis. Una vez aplicada todas las notas narrativas a las personas pertinentes se pudo visualizar el proceso completo de Admisión y Recaudación, el cual se presenta en Flujogramas, resumiendo y esquematizando lo obtenido, detectando los principales controles que están dentro del proceso. Este proceso podrá tener muchas variantes que dependerán de la calidad del paciente que esté ingresando, estos son principalmente los que hacen referencia a accidentes de tránsito, accidentes escolares, accidentes laborales, pacientes con convenios especiales como Dipreca, los procedimientos que se llevan en relación a estos pacientes se encuentran descritos según Anexo n° 12, y el procedimiento que se realiza en la atención general de pacientes, que en definitiva es el comúnmente utilizado por los funcionarios se encuentra descrito según el Anexo n° 11.

En la aplicación de los instrumentos antes descritos fue posible visualizar que en el área en estudio se presentan diversas situaciones a destacar en cuanto al escenario actual en la que está unidad se encuentra, es posible detectar que existen procedimientos que no son realizados de manera uniforme en la totalidad de atenciones prestadas en la unidad, lo cual hacen referencia, principalmente a la falta de un manual de control interno que pueda guiar y uniformar el actuar de los funcionarios de Admisión y Recaudación, como también que dentro del proceso general no existe control alguno efectuado por la jefatura previo o posterior a la realización de los procedimientos, sin embargo se puede observar que los funcionarios realizan la preparación para el personal que ingresa a desempeñarse en la unidad, la cual es completa en cuanto a la realización de cada uno de los procesos, el personal que se desempeña en la unidad en su totalidad tiene un manejo de los procedimientos que se deben realizar aunque estos no se encuentren normados ni verificados que sean los necesarios para el buen funcionamiento de la unidad en estudio.

El cumplimiento del objetivo específico número 2 se logra mediante la determinación de nivel de probabilidad de ocurrencia del riesgo, a través del análisis de lista de cotejo, según anexo N° 14, la escala para probabilidad de ocurrencia, basándose en la clasificación expuesta según anexo N°3, también la aplicación de escala para materialidad del impacto, según

anexo N° 16 y la elaboración de la escala para medir el nivel de severidad del riesgo, según anexo N° 17. Fue posible identificar en primera instancia los riesgos que están asociados a cada procedimiento identificado con antelación, según anexo N° 13, lo que permitió tener una visión global de los tipos de riesgos que está sometida la unidad en estudio y comenzar a elaborar ideas enfocadas en ello.

Para la verificación de la probabilidad de ocurrencia de los riesgos fue seleccionada una muestra estadística con un porcentaje de error aceptable de 10% para una población de 237.600 datos de atención de urgencia, de los cuales se verificó la presencia del riesgo en cada procedimiento, lo cual permitió determinar aquellos riesgos que se presentan con un mayor porcentaje de ocurrencia, siendo presentado en el gráfico N° 1 Nivel de Probabilidad del Riesgo, con la aplicación de este instrumento aplicado a 24 riesgos analizados es posible identificar 6 de ellos que presentan una probabilidad de ocurrencia entre 20% y 60% lo que revela una necesidad de la creación de mecanismos que permitan a la institución considerar la amplitud de potenciales eventos que impactan en la consecución de objetivos. De acuerdo a la probabilidad de ocurrencia detectada los riesgos son clasificados en base a la escala de probabilidad de ocurrencia, de los cuales un gran porcentaje de riesgos se centran principalmente en la categoría de muy improbable esto quiere decir que ocurren entre un 1% y un 25%, el segundo grupo predominante está conformado por cinco riesgos clasificados como improbable, los que ocurren entre un 26% y un 50% y finalmente solo un riesgo se clasifica como moderado, esto implica que ocurre entre un 51% y un 74%.

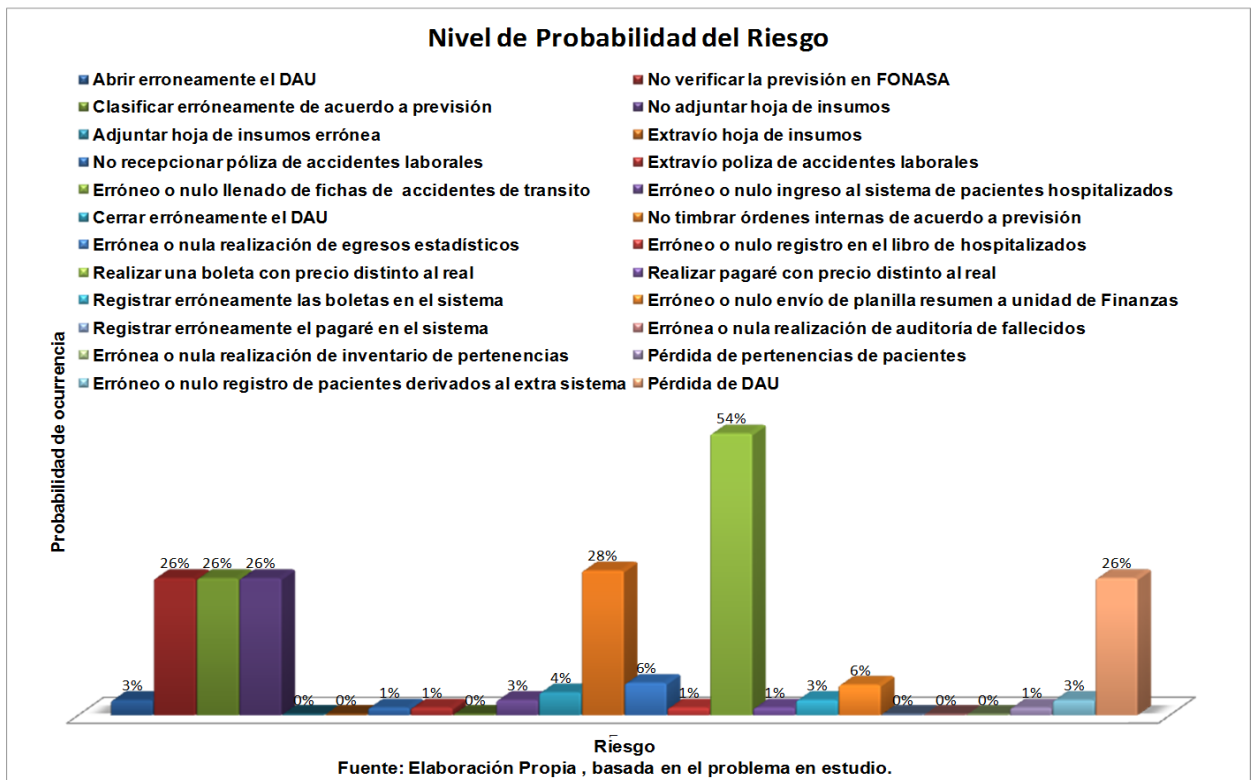
Mediante estos resultados es posible deducir que a pesar de no contar con procedimientos establecidos de igual forma muchos de los riesgos que eventualmente podrían afectar la unidad en estudio están de cierta manera controlado, sin embargo los que se clasifican en improbable y moderado son riesgos que afectarían cuantiosamente por lo que necesitan una reestructuración del procedimiento de control para minimizar al máximo estos riesgos.

Posteriormente en conjunto con el encargado del área de Finanzas se determina por cada procedimiento la materialidad del impacto asociado, esta etapa es realizada por la experiencia y conocimiento de la unidad en estudio y mediante ello fue posible identificar los

riesgos cuyo impacto afecta directamente el cumplimiento de los objetivos de la unidad en estudio, de los cuales la gran mayoría fue clasificada como menores e insignificantes lo que implica que el riesgo analizado tiene un pequeño efecto en la institución o en su defecto podría causar daños leves pero que se puede corregir en el corto tiempo y no afecta el cumplimiento de los objetivos estratégicos, sin embargo cinco de los riesgos identificados fueron clasificados como moderados y mayores lo que en definitiva refleja el gran impacto que tiene en la unidad la existencia de estos riesgos cuya materialización causa pérdidas de patrimonio, afecta a la imagen de la entidad y al logro de sus objetivos, además toma tiempo el corregir los daños que causarían.

Con los datos obtenidos en la aplicación de los instrumentos mencionados con antelación, nivel de probabilidad del riesgo y nivel de impacto que tienen los mismos se determina el nivel de severidad del riesgo, el cual representa todos aquellos riesgos medidos anteriormente, de este se pueden apreciar que de los riesgos analizados se determinan 5 que se encuentran en las categorías de mayor relevancia, los cuales son seleccionados para la continuación del análisis por la complejidad e importancia en el buen funcionamiento en la unidad en estudio, estos son; No verificar la previsión en FONASA, un procedimiento importante ya que si se realiza mal afecta a todo el proceso, dado que es la base sobre la cual se realizan todos los demás procedimientos, el cual posee un nivel de severidad moderado; clasificar erróneamente de acuerdo a la previsión, al igual que el otro afecta a todo el proceso, influyendo principalmente en que se realicen cobros indebidos ya que dependiendo de la previsión es cómo será el cobro al paciente, este riesgo posee un nivel de severidad moderado; realizar una boleta con precio distinto al real, sin duda el riesgo más significativo, ya que el cobro de las prestaciones son imprescindibles para el desarrollo y crecimiento de la institución, afectando directamente al patrimonio, este riesgo posee un nivel de severidad extremo, debiendo ser atendido con prioridad; no timbrar órdenes internas de acuerdo a previsión, este riesgo afecta a gran parte del proceso de la unidad, ya que este sirve como guía a la hora de efectuar un buen cobro, este riesgo posee un nivel de riesgo moderado y finalmente la pérdida de DAU, otro riesgo que necesita una atención inmediata, ya que esta hoja de atención de pacientes al ser extraviada se pierde el beneficio que entrega FONASA por compensación por los servicios otorgados a los pacientes, el que en definitiva presenta una pérdida significativa de recursos, este riesgo posee un nivel de riesgo de severidad alto.

Gráfico N°1

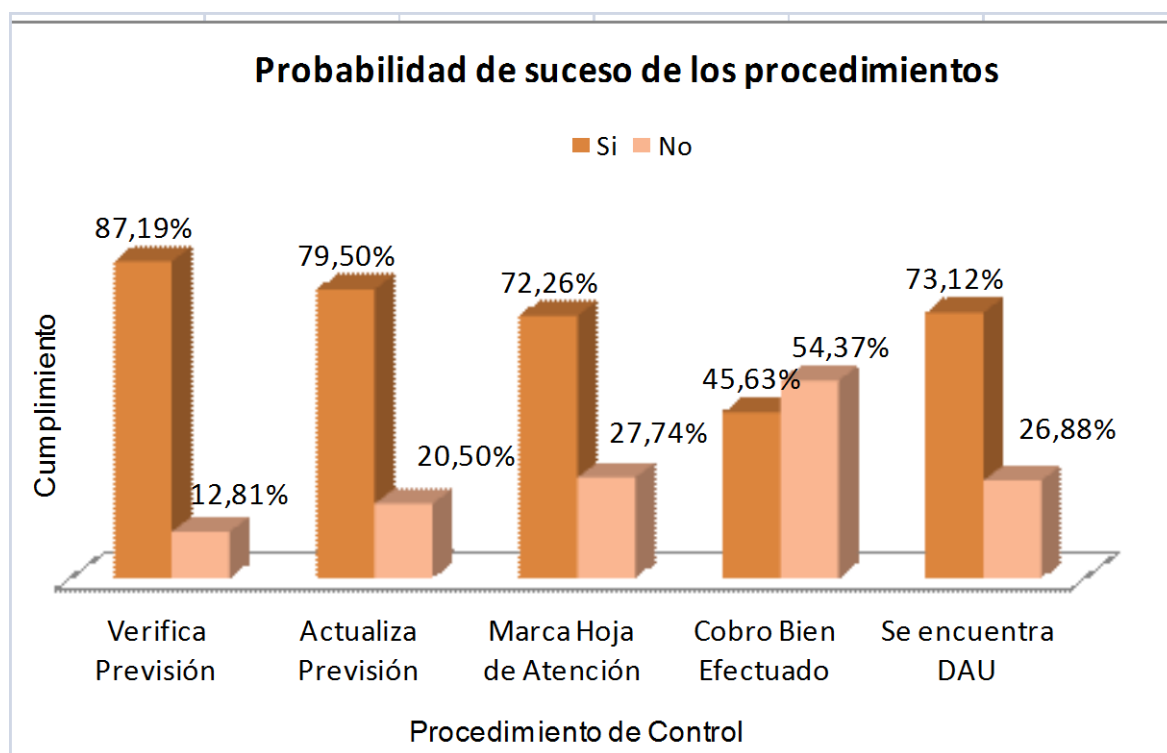


Comentario: En este gráfico se pueden apreciar todos los riesgos del área en estudio y su respectivo nivel de probabilidad de ocurrencia.

El cumplimiento del objetivo específico número 3 se logra a través de la aplicación y análisis de la lista de cotejo según anexo N° 18, en donde se puede visualizar que en la unidad en estudio se presenta un nivel de cumplimiento medio de los procedimientos de control identificados en el proceso general, para efectuar este instrumento se consideró una muestra de 1990 datos de atención, muestra seleccionada con un porcentaje de error aceptado de 2,5% para una población de 237.600 datos de atención. De los 5 procedimientos de control identificados 4 de ellos; verifica previsión, actualiza previsión, marca hoja de atención, y se encuentra DAU, de los cuales 4 se cumplen entre un 70% y 90% lo que implica que estos procedimientos de igual forma necesitan una pronta atención de manera de reducir al máximo su mala práctica y llegar a un nivel de cumplimiento cercano al 100%, para lograr eso se necesita un gran trabajo en equipo tanto de la administración como de los funcionarios, de modo que sea posible identificar cuáles son las principales debilidades en cada procedimiento y para proponer respuesta a los riesgos que sean adecuadas y oportunas. En cuanto al procedimiento cobro bien efectuado se encuentra con un porcentaje de cumplimiento de 45,63%, lo que vuelve a fundamentar que en definitiva es el punto crítico

de la investigación sobre la cual se deben basar gran parte de las recomendaciones y mejoras, todos estos procedimientos se encuentran presentados según gráfico N° 2, De lo anterior podemos visualizar que en la unidad en estudio existen actividades de control que no están normadas pero si son conocidas y aplicadas por los funcionarios que se desempeñan en ella, lo cual se traduce en que contar un con manual de procedimiento que guíe el accionar de los funcionarios no necesariamente implica una buena capacidad de lograr un funcionamiento optimo a nivel organizacional, si no que depende mucho de que tan bien se encuentren diseñados las actividades de control y junto con esto la supervisión que ejerza la administración para asegurar el cumplimiento de estos, en otras palabras “control sobre los controles”. En resumen de los procedimientos analizados, realizar un cobro bien efectuado es el que se cumple en un menor porcentaje, siendo esté el procedimiento que presenta un mayor nivel de severidad del riesgo reafirmando lo expuesto con antelación, es decir su no cumplimiento afecta significativamente el cumplimiento de objetivos de la institución en estudio.

Gráfico N°2



Comentario: En el Gráfico se pudo apreciar el nivel de cumplimiento que presenta cada procedimiento de control de la unidad de Admisión y Recaudación del HRR.

A través del cuadro análisis según anexo N° 20 basada en la encuesta aplicada a los funcionarios según anexo N° 19 fue posible darle cumplimiento al objetivo específico numero 4 identificando la situación de la unidad en estudio en referencia a cada uno de los elementos de control interno según COSO ERM. Con respecto al ambiente interno es posible visualizar que la unidad en estudio presenta una debilidad, mediante el estudio realizado se pudo verificar la ausencia de factores fundamentales en este elemento del control interno, como es la filosofía de gestión de una entidad, riesgo aceptado y supervisión ejercida por el consejo de administración y desarrollo de sus empleados, los cuales no son aplicados de manera adecuada según los criterios de COSO ERM. Esto es respaldado mediante la evaluación realizada al 100% de los funcionarios de la unidad en estudio, de los cuales en un 19% dan a conocer que consideran que existe un ambiente interno, un 17% clasifican como regular la existencia de este elemento en la unidad y un 64% estima que no existe un ambiente interno que les permita tener un conocimiento de los riesgos ni controles enfocados a minimizarlos, no hay una fomentación al trabajo en equipo, como también que la comunicación hacia los funcionarios no es la adecuada. Siendo este el elemento la base sobre el cual descansan los elementos de control restantes y cuyo factor clave es la conciencia que genera la administración en el personal formando una disciplina y estructura, el no cumplimiento de este elemento del control interno afecta a que la funcionalidad sea la óptima y se obtenga el cumplimiento de los objetivos en la unidad.

Con respecto al elemento de control establecimiento de objetivos, se visualiza que en la institución en estudio este elemento se encuentra presente, lo cual se ve reflejado en que los funcionarios tienen conocimiento de los objetivos de la organización, su misión y visión. Esto es respaldado mediante la evaluación realizada al 100% de los funcionarios de la unidad en estudio, de los cuales un 50% estima que el elemento en estudio se encuentra presente, viéndose reflejado principalmente en el conocimiento de la misión y visión de la institución y la unidad en la cual se desempeñan. A pesar de ello, no hay conocimiento de uno de los factores fundamentales de este elemento que es el conocimiento del riesgo que la institución está dispuesta a asumir para alcanzar sus objetivos, lo cual se traduce en una debilidad para la institución en estudio. Un 33% de los funcionarios estiman que no se encuentran establecidos y un 17% clasifica como regular el cumplimiento de este elemento. El cumplimiento de este elemento es la condición previa al desarrollo de las actividades de la entidad y su correcto establecimiento y comprensión por la totalidad de personal involucrado

en la institución es fundamental para que la organización tenga el mismo sentido de ver y hacer las cosas y se obtenga un funcionamiento optimo.

En referencia al elemento de control identificación de eventos, se determina que en la institución en estudio este elemento no se encuentra presente, lo cual se puede apreciar en la ausencia de información de eventos potenciales a los cuales se encuentran expuestos, identificación de las fuentes internas y externas que podría afectar el logro de objetivos de la organización. Esto es verificado mediante la evaluación realizada al 100% de los funcionarios de la unidad en estudio, los cuales consideran que en la unidad de admisión y recaudación de pacientes del Hospital Regional Rancagua se cumple con el elemento identificación de eventos en un 7%, que no se cumple en un 77% y que el cumplimiento es regular en un 16%. Al no estar presente este elemento los funcionarios y la administración de la unidad en estudio no se encuentran preparada para enfrentar la ocurrencia de eventos potenciales que pueden afectar el proceso, lo cual afecta directamente el desarrollo de las estrategias y el logro de los objetivos que se encuentran propuestos.

Con respecto al elemento de control evaluación de riesgos, se puede visualizar que en la unidad en estudio se encuentra ausente, esto es fundamentalmente a que este elemento se encuentra ligado al elemento identificación de eventos que no se encuentra presente en la institución en estudio, debido a que con este elemento la administración determina de que manera se actuará frente a los eventos negativos que han sido identificados y que representan un riesgo para la institución. En la evaluación realizada el personal de la institución en estudio considera que existe una evaluación de riesgos en un 19%, que no existe en un 67% y que existe medianamente en un 14%. Se puede apreciar mediante la ausencia de identificación de factores que afecten el logro de objetivos, la determinación del riesgo inherente al proceso y el riesgo residual que puede existir, no existe una técnica con la cual se realice una evaluación de los riesgos a los cuales se encuentran expuestos siendo algunos de ellos rutinarios en el proceso. Con la ausencia de este elemento la administración no cuenta con un análisis de la totalidad de riesgos que se presentan frecuentemente y el impacto que traen consigo al logro de objetivos.

De acuerdo al elemento de control respuesta a los riesgos, se puede verificar que en la unidad en estudio no existe ninguna clase de mecanismo enfocado a evitar, reducir, compartir o aceptar los riesgos, fundamentado en que tampoco se han creado políticas de

riesgos al respecto. Esto se puede apreciar en el análisis de la aplicación de la encuesta de cumplimiento de los elementos de control interno la cual se aplica al 100% de los funcionarios de la unidad de admisión y recaudación de urgencias, de los cuales un 53% afirman que este elemento no se encuentra presente en su unidad, el 19% afirma que efectivamente está y el 28% cree que el elemento se cumple medianamente. Tomando en consideración lo anterior, la institución no es capaz de evaluar los posibles riesgos a los cuales puede ser sometido, ni mucho menos podrá tener alguna clase de respuestas a los riesgos que le permita obtener una visión de los riesgos y respuestas individuales, así como las tolerancias asociadas, además se puede observar que de los mínimos riesgos identificados por parte de la administración y el personal no se analiza un factor crítico, este es el costo versus beneficio, en que prácticamente todas las respuestas al riesgo implican algún tipo de costo directo o indirecto que debe sopesar en relación con el beneficio que generaría su aplicación, dicho esto, se visualiza claramente que la administración no tiene un foco en los riesgos lo que afecta gravemente todos los procedimientos utilizados en la unidad y podría llegar impactar enormemente en los objetivos de la institución dañando fuertemente su imagen y patrimonio.

En referencia al elemento de control interno, actividades de control la que claramente presenta muchas deficiencias, partiendo de la base de que en la unidad en estudio si existen ciertos controles creados informalmente ya que no existen políticas y procedimientos normados en un manual de control interno, pero estos controles en definitiva no son muy útiles, ya que de parte de la administración hace falta mucho más trabajo a la hora de supervisar que los controles propuestos funcionen según lo planificado, evidenciados principalmente en que los funcionarios reconocen que la administración no realiza pruebas para verificar que funcionen correctamente, tampoco existe una evaluación continua con la finalidad de ir mejorando posibles deficiencias que puedan presentar los controles. Las deficiencias detectadas se hacen más fuertes al notar que existen muchos riesgos que no tienen un control asociado para asegurar su cumplimiento, que tampoco existe una buena segregación de funciones en el área ni mucho cuidado con el activo de la institución. En cuanto a los auditores internos de la institución reconocen que existen deficiencias de control que provocan pérdidas que pudieran llegar a ser significativas, pero sin embargo no existe ninguna clase de propuestas de mejoras para el sistema de control interno en vista de las deficiencias expuestas por ellos mismos. Esto queda manifestado con la aplicación de la encuesta de cumplimiento de los elementos de control interno, en la cual el 60% de las

respuestas va enfocada a que existen malas actividades de control para hacer frente a los riesgos existentes en la unidad, el 28% de las afirmaciones dirigidas a que se cumple medianamente el objetivos de las actividades de control y solo el 17% afirma que existen buenas actividades de control.

En relación al elemento de control interno información y comunicación se puede apreciar que existen algunos procedimientos de recolección de información tanto de fuentes internas como externas, sin embargo esta información no son analizadas a fondo, identificando eventos, riesgos y respuestas a ello. Por otro lado cuando se es necesaria información clara y oportuna para dar cumplimiento a ciertas labores diarias por parte de los funcionarios esta no es entregada siempre cuando es requerida, lo que queda claramente evidenciado con la opinión de los funcionarios, según lo antes comentado queda demostrado que el elemento de control interno existe, pero medianamente, lo que se respalda con la aplicación de la encuesta de cumplimiento de los elementos de control interno, información y comunicación, en la cual el 40% de las respuestas apuntan a que este objetivo se cumple medianamente, un 35% indican de que no está presente el elemento y un 25% afirma que si existe. Estos resultados afirman aún más lo antes expuesto quedando claro que la entrega de información, la forma en que se comunica y el marco de tiempo no está siendo óptimo, por lo cual la institución debiera tener mucho cuidado ya que esto afecta directamente en la forma que sus funcionarios llevan a cabo sus responsabilidades, además por el lado de la administración debieran fomentar más la creación de grupos de trabajo o creación de instancias en que se comunique la importancia de tener una buena información y comunicación y como estos impactan a la hora de determinar los riesgos asociados.

En cuanto al elemento de control interno supervisión se puede determinar que en la institución en estudio no se realizan procedimientos de supervisión como evaluaciones al personal, a los procedimientos o a los controles efectuados en la unidad de forma periódica, además es identificable que no existe un seguimiento del funcionamiento de la unidad en estudio que sea realizada por parte de la administración, debido a esto no hay una seguridad que permita a la administración determinar qué proceso o que parte del proceso no se encuentra funcionando según lo esperado. De acuerdo a lo planteado se puede visualizar que el elemento de control supervisión se encuentra ausente en la institución en estudio, lo cual se puede apreciar en el análisis de la encuesta aplicado al 100% de los funcionarios de la unidad en estudio, los cuales reflejan que existe el elemento de supervisión en un 7%, que

no se encuentra presente en un 73% y que es cumplido medianamente en un 20%. Con estos resultados es evidente que la supervisión ejercida en la unidad en estudio no se está realizando de la manera óptima y principalmente se puede visualizar que no existe una administración de riesgos que implique una revisión periódica de los procesos y funcionarios obteniendo con ello una rápida identificación de las deficiencias que pueden afectar el logro de objetivos.

En definitiva queda en evidencia que los elementos de control interno según informe COSO II se encuentran muy poco presentes en el área en estudio, siendo este informe una herramienta necesaria para mantener una buena administración y control de los riesgos de la institución.

A través del análisis y presentación de la carta de control interno según anexo 21 es posible seleccionar aquellas debilidades de control y riesgos más importantes que afecten los procesos de la unidad de admisión y recaudación de urgencia adulto del Hospital Regional Rancagua efectuando un cuadro análisis que manifiestan cuales son los procedimientos que deben ser atendidos para reducir el riesgo presente, en definitiva por medio de la análisis efectuado es posible identificar que se realizan procedimientos de control en el proceso de admisión y recaudación del área de urgencia adultos, lo cual es observado en la totalidad de los funcionarios, sin embargo su realización no es efectuada en la totalidad de atenciones realizadas una vez que han sido seleccionados es factible identificar las posibles mejoras que se recomendar y con ello realizar la carta de control interno a la administración con la cual se entregará las recomendaciones que le permitan mejorar los procedimientos administrativos enfocados principalmente a disminuir los riesgos y respaldar los procedimientos de control que son efectuados.

Estas recomendaciones se enfocan en los 5 procedimientos que representan un mayor riesgo y con una mayor importancia en dos de ellos que tienen un menor cumplimiento de las actividades de control, en cuanto a este punto se recomienda a la administración implementar capacitación a los funcionarios acerca la realización de los procesos y los riesgo a los cuales se encuentran expuestos, en los cuales se proporcionen las herramientas necesarias para realizar cuando estos se presenten en el desarrollo de sus labores, además en el análisis de este instrumento se detallan todos los efectos que implica la ausencia de cada uno de los elementos de control interno y como se podría mejorar.

CONCLUSIONES

En toda institución existen objetivos que deben ser alcanzados en el desarrollo de sus procesos, y para ayudar a ello existe el control interno efectuado por la administración. Hoy en día esto no sólo es necesario en las empresas privadas ya que en los sistemas públicos cobra gran importancia también. El sistema de salud público se enfrenta a un proceso de convergencia que conlleva en ellos una nueva forma de administración, la cual con la implementación de las directrices del control interno específicamente el otorgado por COSO ERM otorga una mayor seguridad de obtener el logro de sus objetivos, permitiéndoles enfrentar eventos potenciales, tener una respuesta a los riesgos y principalmente ser una herramienta de administración.

El desarrollo de esta tesis ha permitido, a través del análisis y discusión de resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos aplicados, analizar los procedimientos de control interno en la unidad de admisión y recaudación de urgencia adulto del Hospital Regional Rancagua durante el período comprendido entre los años 2009 – 2011, obtener las siguientes conclusiones:

- Se verifica que en el proceso que es realizado en la institución en estudio se efectúan procedimientos de control que a pesar de no encontrarse normados son asumidos y realizados por cada funcionario de esta unidad. Es posible distinguir que poseen áreas con un riesgo alto que puede afectar el cumplimiento de objetivos para la institución y que ellos no poseen un control establecido que permita minimizar el nivel de impacto que puede ocasionar.
- Se determina que existe una gran ausencia de elementos de control, con la evaluación aplicada es posible apreciar que en la institución en estudio no existe un ambiente interno adecuado, lo cual es de gran importancia para los elementos restantes ya que es la base sobre la cual son fundados, además se determina que existen deficiencias en componentes claves como es la identificación de eventos, evaluación de riesgos, respuesta a los riesgos, actividades de control y supervisión. Estas deficiencias son determinadas principalmente debido a la ausencia de

información de eventos potenciales, falta de identificación de las fuentes que podrían afectar el logro de los objetivos, falta de información acerca de la forma en que se actuará frente a los riesgos, falta de mecanismo que este enfocado a evitar, reducir, compartir o aceptar los riesgos, ausencia de un seguimiento al funcionamiento de la unidad, entre otros. Sin embargo se determina que se presenta claramente el elemento establecimiento de objetivos lo cual es reflejado fundamentalmente en el conocimiento que se posee por los funcionarios acerca de los objetivos que se encuentran establecidos en la organización, al igual que la misión y visión institucional. La presencia del elemento establecimiento de objetivos posee gran importancia en el desarrollo de las actividades de la entidad en estudio, además su correcto establecimiento y comprensión por el personal involucrado permite que exista uniformidad en la forma de ver y hacer las cosas y con ello se puede conseguir un funcionamiento óptimo.

- Se identifica que los principales riesgos a los cuales se encuentra expuesta la institución en estudio son; la no verificación del sistema previsional del paciente, clasificar erróneamente de acuerdo a la previsión, no timbrar ordenes internas de acuerdo a la previsión, realizar una boleta con precio distinto al real y pérdida de DAU. Los cuales tienen un gran impacto fundamentalmente en la pérdida de recursos de la entidad, siendo que posee un mayor porcentaje de ocurrencia realizar una boleta con precio distinto al real, a pesar de contar con aranceles donde se encuentran establecidos por código cada uno de las prestaciones que son aplicadas en la unidad en estudio, para lo cual se recomienda la implementación de un sistema de cobro computacional que permita ingresar la prestación efectuada y otorgue el valor que debe ser recaudado por el personal y con ello se confeccione la boleta pertinente. La pérdida de DAU es el segundo riesgo con un mayor porcentaje y esto viene dado fundamentalmente por la fuga de los pacientes una vez terminada la atención médica otorgada, este es un riesgo frecuente y difícil de minimizar, sin embargo se recomienda la modificación del sistema de datos que posee la entidad de tal manera que obligue al funcionario admisionista a actualizar el DAU en sus secciones de domicilio, teléfono y previsión del paciente, disminuyendo con ello también el riesgo de no actualizar la previsión en el sistema. Para posteriormente con la estadística diaria que se efectúa en la unidad y se obtenga los DAU perdidos se pueda realizar el cobro de las prestaciones y la solicitud del DAU original al

paciente. De los riesgos que se presentan, la pérdida de DAU es el único que no depende completamente de los funcionarios y ello implica que su disminución tampoco lo sea.

- Se puede verificar que en la institución en estudio, la falta de un manual de control interno es innegable, así también lo es un cambio de mentalidad en la administración que les permita tomar conciencia de los riesgos y procedimientos de control que deben ser considerados y lograr influir en los funcionarios para que permita implementar los diversos cambios que trae el ser una institución de salud pública administrada por el Estado a pasar a ser una institución de salud pública autogestionada en Red que posee facultades en la toma de decisiones en el ámbito de la administración de sus recursos y financiamiento. La implementación de un sistema de control interno que abarque los elementos de control en los cuales la institución tiene debilidades y además perfeccione lo que se posee puede otorgar que esta unidad cumpla con las exigencias de esta nueva ley y con ello los objetivos que posee.

BIBLIOGRAFÍA

- Amat, J (2003) *Control de gestión: una perspectiva de dirección*. (6° Ed.) Barcelona: Gestión 2000
- Defliese, P. (2001) *Auditoría Montgomery*. México: Limusa.
- Estupiñan, R. (2006) *Control Interno y Fraudes*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Fernández, R. (2009) *Diccionario básico tributario contable*. Santiago de Chile. Eumed.net. Recuperado Junio 5, 2011 de <http://www.eumed.net/cursecon/dic/dbtc/index.htm>
- Franklin, B. (2007) *Auditoría Administrativa Gestión Estratégica del Cambio (2° Ed.)*. México: Pearson Educación.
- Holmes, A. (2001) *Auditoría principios y procedimientos*. México: Limusa.
- Mantilla, S. y Cante, S. (2005) *Auditoría del control interno*. Bogotá: ECOE ediciones.
- Mantilla, S. (2005) *Control Interno Informe COSO (4° Ed.)*. Bogotá: ECOE Ediciones.
(2009) *Auditoría del control interno. (2° Ed.)* Bogotá: ECOE ediciones.
- Moeller, R. (2007) *COSO Enterprise Risk Management*. Canadá: John Wiley & Sons, INC.
- Moreno, P. (2004) *Fundamentos de control interno*. (9° Ed.) México: Thomson.
- Rodríguez, J. (2006) *Control interno: un efectivo sistema para la empresa*. España: Trillas.

- Santillana, J. (2001) Establecimiento de sistemas de control interno: función de contraloría. México; International Thomson Editore
- Spencer, K. (2007) *Manual Básico de Auditoría Interna*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.
- Vergara, M. y Bisama, L. (2009) *Autogestión hospitalaria en red I: Competencias esenciales para la gestión*. Revista Chilena Salud Pública Vol 13 (3).
- Donoso, O. (2006) *Control interno: una mirada desde la transparencia y probidad administrativa al interior de un servicio público de la sexta región*. Tesis para optar al grado de Contador Auditor. Escuela de Auditoría. Universidad de Valparaíso – Valparaíso. Chile.
- Moraga, P. (2002) *Análisis de los factores que influyen en los procesos de evaluación de los sistemas de control desde la perspectiva del auditor interno*. Tesis para optar al grado de Contador Auditor. Escuela de Auditoría. Universidad de Valparaíso – Valparaíso. Chile
- Quiroz, M. (2008) *Gestión de riesgo empresarial. Análisis crítico sobre su aplicación en las empresas chilenas de acuerdo al informe COSO ERM*. Tesis para optar al grado de Contador Auditor. Escuela de Auditoría. Universidad de Valparaíso – Valparaíso. Chile
- Gobierno de Chile (1979) *Decreto de Ley n° 2763*. Santiago de Chile: Autor.
 (1986) *Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud*. Santiago de Chile: Autor.
 (2000) *Normas de control Interno para el Sector público*. Santiago de Chile: Autor.
 (2004) *Ley 19.937 Autoridad Sanitaria*. Santiago de Chile: Autor.
- Colegio de Contadores de Chile A.G (2009) NAGA Sección 325. Santiago de Chile: Autor
<http://www.ayudacontador.cl/ayudacontador/nagas/325.html>

- Homedes, N y Ugalde, A. (2000) *Privatización de los Servicios de Salud: las experiencias de Chile y Costa Rica* [PDF] TEXAS mayo 10, 2011 de <http://www.scielosp.org/qs/v16n1a06.pdf>
- Hospital Regional Rancagua (2009) Planificación Estratégica 2009-2012 [Word]. Rancagua, Consultado el 16 de Abril 2011 de <http://www.hospitalrancagua.cl/>
- PricewaterhouseCoopers (2004) Gestión de riesgos corporativos – marco integrado Técnicas de aplicación [PDF] México mayo15, 2011 <http://es.scribd.com/doc/13374090/INFORME-COSO-II>
- Universidad de la República (2005) Administración del riesgo empresarial [PDF] Montevideo mayo 15, 2011 http://www.ccee.edu.uy/ensenian/catcoint/material/ERM_2005.PDF

ANEXOS

Anexo 1: Reseña Hospital Regional Rancagua

Hospital Regional Rancagua

Es un hospital público perteneciente al Ministerio de Salud de Chile, el inicio de sus funciones data de 1962 es un establecimiento de seis pisos donde se encontraban los pabellones quirúrgicos, policlínicos, oficinas administrativas, posta de urgencia y comunidad religiosa. Actualmente este edificio es el Sector A y en él se encuentran los servicios de Cirugía, Pediatría, Pabellones, Dirección, Farmacia, Servicio Dental, Urgencia Pediátrica y Laboratorio. En los años setenta el Servicio Nacional de Salud adquiere el edificio y terreno aledaño para ampliar el Hospital Regional Rancagua y así se obtiene el sector B, el cual es acondicionado en 1980. En este sector se encuentran los servicios de Traumatología, Ginecoobstetricia, Urgencia Maternidad, Urgencia Adulto, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Otorrinolaringología, Oftalmología, Some e Informática.

Dentro del Marco de la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria, el Hospital Regional Rancagua integró la lista de los 59 hospitales que podrían postular a la Autogestión en Red, por este motivo el año 2010 es adoptado el modelo de autogestión.

Urgencia adulto Hospital Regional Rancagua

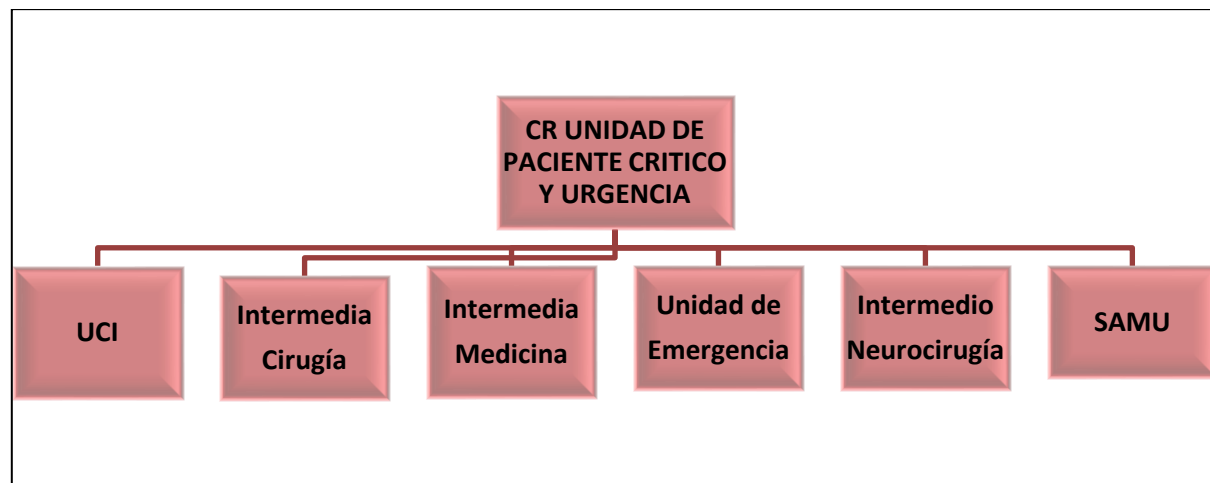
La Unidad de Urgencia Adulto del Hospital Regional Rancagua depende directamente del Centro de Responsabilidades de pacientes Crítico y de Urgencia, como se representa en la figura nº1. Los centros de responsabilidades nacen debido a la necesidad de los hospitales de contar con un modelo de administración que responda a las necesidades de autogestión con el motivo de lograr un mejoramiento a la gestión a través de la actualización de normas, guías clínicas y el uso eficiente de los recursos.

En esta unidad se realiza la atención de pacientes mayores de 15 años que presenten complicaciones de salud, además es la encargada de realizar las prestaciones de cirugía y traumatología infantil.

Esta unidad es dividida en dos áreas:

- El área Clínica, encargada de todo el proceso de atención medica del paciente que ingresa al servicio. Esta se encuentra a cargo del Jefe de la unidad de Urgencia que a su vez depende administrativamente del Jefe del Centro de Responsabilidades.
- El área Administrativa, encargada del proceso de Admisión y Recaudación de los pacientes que ingresan a esta unidad. Esta área depende del departamento de Contabilidad y Finanzas.

Figura1: Organigrama Centro de Responsabilidades



Fuente: Hospital Regional Rancagua

Anexo 2: Entrevista dirigida al personal del área de Admisión y Recaudación de Urgencia y Jefe de Finanzas del Hospital Regional Rancagua (Narrativa)

La presente entrevista narrativa forma parte de la Tesis de Titulación y Grado: “Análisis de los procedimientos de control interno en la unidad de admisión y recaudación de urgencia adulto del Hospital Regional Rancagua durante el período comprendido entre Enero del año 2009 y Octubre del año 2011” para optar al título de Contador Público Auditor y al Grado de Licenciado en Sistemas de Información Financiera y Control de Gestión.

El presente instrumento tiene como objetivo obtener información respecto a:

- Conocer los procedimientos y prácticas realizadas en el área de estudio.
- Diagnosticar la situación actual en referencia a los procedimientos del área en estudio.

Los antecedentes recopilados serán utilizados sólo para fines educacionales.

Anexo 3: Escala para Probabilidad de Ocurrencia

Categoría	Valor	Descripción
Casi certeza	5	Riesgo cuya probabilidad de ocurrencia es muy alta, es decir, se tiene plena seguridad que éste se presenta, tiende al 100%
Probable	4	Riesgo cuya probabilidad de ocurrencia es alta, es decir, se tiene entre 75% a 95% de seguridad que éste se presente
Moderado	3	Riesgo cuya probabilidad de ocurrencia es media, es decir, se tiene entre 51% a 74% de seguridad que éste se presente
Improbable	2	Riesgo cuya probabilidad de ocurrencia es baja, es decir, se tiene entre 26% a 50% de seguridad que éste se presente
Muy Improbable	1	Riesgo cuya probabilidad de ocurrencia es muy baja, es decir, se tiene entre 1% a 25% de seguridad que éste se presente

Fuente: Unidad de Auditoría interna servicio administrativo del gobierno regional de Valparaíso.

Anexo 4: Escala para materialidad del Impacto

Categoría	Valor	Descripción
Catastróficas	5	Riesgo cuya materialización influye directamente en el cumplimiento de la misión, pérdida patrimonial o deterioro de la imagen, dejando además sin funcionar totalmente o por un período importante de tiempo, los programas o servicios que entrega la institución
Mayores	4	Riesgo cuya materialización dañaría significativamente el patrimonio, imagen o logro de los objetivos sociales. Además, se requeriría una cantidad importante de tiempo de la alta

		dirección en investigar y corregir los daños
Moderadas	3	Riesgo cuya materialización causaría ya sea una pérdida importante en el patrimonio o un deterioro significativo de la imagen. Además, se requeriría una cantidad de tiempo importante de la alta dirección en investigar y corregir los daños
Menores	2	Riesgo que causa daño en el patrimonio o imagen, que se puede corregir en el corto tiempo y que no afecta el cumplimiento de los objetivos estratégicos
Insignificantes	1	Riesgo que puede tener un pequeño o nulo efecto en la institución

Fuente: Unidad de Auditoría interna servicio administrativo del gobierno regional de Valparaíso.

Anexo 5: Determinación de la probabilidad Ocurrencia de los riesgos

Riesgos	Si	No
Riesgo 1		
Riesgo 2		
Riesgo 3		
Riesgo 4		
Riesgo N		

Fuente: Elaboración propia

Anexo 6: Escala para medir el Nivel de Severidad del Riesgo

Nivel de Probabilidad P	Nivel de Impacto I	Nivel de Riesgo (Severidad) P x I
Casi certeza (5)	Catastróficas (5)	Extremo (25)
Casi certeza (5)	Mayores (4)	Extremo (20)
Casi certeza (5)	Moderadas (3)	Extremo (15)
Casi certeza (5)	Menores (2)	Alto (10)
Casi certeza (5)	Insignificantes (1)	Alto (5)
Probable (4)	Catastróficas (5)	Extremo (20)
Probable (4)	Mayores (4)	Extremo (16)
Probable (4)	Moderadas (3)	Alto (12)
Probable (4)	Menores (2)	Alto (8)
Probable (4)	Insignificantes (1)	Moderado (4)
Moderado (3)	Catastróficas (5)	Extremo (15)
Moderado (3)	Mayores (4)	Extremo (12)
Moderado (3)	Moderadas (3)	Alto (9)
Moderado (3)	Menores (2)	Moderado (6)
Moderado (3)	Insignificantes (1)	Bajo (3)
Improbable (2)	Catastróficas (5)	Extremo (10)
Improbable (2)	Mayores (4)	Alto (10)
Improbable (2)	Moderadas (3)	Moderado (6)
Improbable (2)	Menores (2)	Bajo (4)
Improbable (2)	Insignificantes (1)	Bajo (2)
Muy improbable (1)	Catastróficas (5)	Alto (5)
Muy improbable (1)	Mayores (4)	Alto (4)
Muy improbable (1)	Moderadas (3)	Moderado (3)
Muy improbable (1)	Menores (2)	Bajo (2)
Muy improbable (1)	Insignificantes (1)	Bajo (1)

Fuente: Unidad de Auditoría interna servicio administrativo del gobierno regional de Valparaíso.

Anexo 7: Determinación de la probabilidad de suceso

Procedimiento	Si	No
Procedimiento 1		
Procedimiento 2		
Procedimiento 3		
Procedimiento 4		
Procedimiento n		

Fuente: Elaboración propia

Anexo 8: Encuesta de existencia de los elementos del control interno

Preguntas	Si	No	Medianamente	Evidencia
<u>1 AMBIENTE INTERNO</u>				
1.1 ¿Comprendo la misión y estrategia general de la entidad?				
1.2 ¿Se emprenden acciones disciplinarias contra aquellos que muestran una conducta profesional impropia?				
1.3 ¿La rotación del personal no ha afectado significativamente la capacidad de alcanzar objetivos?				
1.4 ¿Los líderes de mi unidad son receptivos a todas las comunicaciones acerca del riesgo, incluyendo las malas noticias?				
1.5 ¿Existe un código de conducta o ética?				
1.6 ¿Se fomentan actividades enfocadas en mejorar al trabajo en equipo y relación con compañeros y clientes?				

2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS				
2.1 ¿Conoce la misión y visión de la institución?				
2.2 ¿Conoce la misión y visión del área en el que se desempeña?				
2.3 ¿La institución da a conocer su plan estratégico?				
2.4 ¿Están los objetivos segregados en base a la estructura organizacional?				
3. IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS				
3.1 ¿La dirección utiliza diversas técnicas para identificar posibles acontecimientos que afecten al logro de sus objetivos?				
3.2 ¿Existe un listado de posibles eventos que pueda afectar a su área funcional específica?				
3.3 ¿Existen talleres o grupos de trabajo conformados con funcionarios de distintas áreas enfocados para identificar posibles eventos?				
3.4 ¿La dirección agrupa en categorías de similares características los posibles eventos?				
3.5 ¿Se toman en consideración eventos positivos que representen una oportunidad y sacar provecho de ello?				
4. EVALUACIÓN DE RIESGOS				

4.1 ¿En su área existen riesgos?				
4.2 ¿Se utilizan listados para priorizar los riesgos más severos?				
4.3 ¿Existe documentación referente a la clasificación que tienen los riesgos?				
4.4 ¿Se da a conocer los resultados de las evaluaciones de los riesgos?				
4.5 ¿Los procedimientos efectuados en el área mantienen bajos riesgos?				
4.6 ¿Los riesgos identificados se modifican o varían en el tiempo?				
5. RESPUESTA A LOS RIESGOS				
5.1 ¿La institución realiza actividades con el fin de evitar riesgos?				
5.2 ¿La institución realiza actividades con el fin de reducir riesgos?				
5.3 ¿La institución comparte sus riesgos con otras entidades como empresas de seguros?				
5.4 ¿La institución tiende a aceptar los riesgos que son inherentes de las actividades propias del giro?				
5.5 ¿La institución evalúa los costos y beneficios antes de proponer una alternativa de respuesta al riesgo?				
5.6 ¿Todas las respuestas a los riesgos implican actividades de control?				
6. ACTIVIDADES DE CONTROL				

6.1 ¿La dirección identifica las actividades de control necesarias para ayudar a asegurar que las respuestas a los riesgos se lleven a cabo adecuada y oportunamente?				
6.2 ¿Las actividades de control son necesarias para dar cumplimiento a los objetivos de la unidad?				
6.3 ¿Cada riesgo identificado por la administración tiene un control establecido?				
6.4 ¿Los controles son evaluados periódicamente?				
6.5 ¿Se realizan auditorías internas a la unidad en que se desempeña?				
6.6 ¿Existe un buen cuidado de los activos físicos de la institución?				
6.7 ¿Existe una eficiente distribución de las actividades que realiza cada funcionario?				
6.8 ¿Los controles implementados son en su mayoría automáticos?				
7. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN				
7.1 ¿Se informa oportunamente los objetivos que debe cumplir cada área?				
7.2 ¿La información procedente de fuentes internas como externas se recopilan y analizan?				
7.3 ¿Cada vez que entra nueva información se identifican eventos, analizan riesgos y se determinan respuestas a ellos?				
7.4 ¿Existe buena tecnología para mejorar la eficacia y eficiencia de los procesos de				

información?				
7.5 ¿La información requerida es entregada de manera clara y oportuna?				
7.6 ¿La dirección entrega información orientadas al comportamiento y responsabilidad de su personal?				
7.7 ¿La dirección comenta los riesgos y las respuestas al riesgo asociadas en sesiones informativas periódicas al personal?				
7.8 ¿Se retroalimenta a la alta administración de los resultados periódicos de los Sistemas de control interno?				
<u>8. SUPERVISIÓN</u>				
8.1 ¿La auditoría interna proporciona una evaluación de los riesgos y actividades de control de la unidad?				
8.2 ¿La administración hace supervisiones constantes de los procedimientos y controles efectuados en la unidad?				
8.3 ¿La administración realiza evaluaciones periódicas a los trabajadores?				
8.4 ¿La administración diseña alguna metodología para describir el proceso que llevan a cabo los funcionarios?				
8.5 ¿Se realizan evaluaciones de las causas de fallas de un control?				

Fuente: Propia, basada en el problema de investigación y COSO ERM.

Anexo 9: Modelo de Comunicación de condiciones relacionadas al control interno

Valparaíso, Mes 20XX

Señores

Encargados de la unidad de Finanzas

Hospital Regional Rancagua

Por medio del análisis realizados a los procedimientos que son practicados en la unidad de admisión y recaudación de pacientes del área de urgencia adultos, se ha probado el cumplimiento de los procedimientos de control que se detectaron con la finalidad de otorgar sugerencias a las debilidades de control y los riesgos más significativos que afecten el cumplimiento de objetivos de la organización.

1.- Resumen Ejecutivo

En el presente informe, se presenta como parte del resumen ejecutivo una categorización de los riesgos, en función de los procedimientos analizados y el impacto en la organización.

Las debilidades y su impacto son detalladas en la sección 2 del presente informe denominado Principales Hallazgos

Categorización de los riesgos:

<u>Riesgo Detectado</u>	<u>Procedimiento que afecta</u>	<u>Severidad</u>

2.- Principales hallazgos:

Aspectos Generales	
Elementos de Control	
Procedimientos	

Este informe es únicamente para conocimiento y uso del comité de auditoría, Director, Jefe de Finanzas, y otras personas de la institución que necesiten esta información.

Fuente: Elaboración propia, basado en problema de investigación, sección 325 de las NAGA y modelo de carta de control interno de PwC.

Anexo 10: Nota Narrativa del proceso de Admisión y Recaudación de Urgencia Adulto del Hospital Regional Rancagua

La atención en la unidad de admisión y recaudación de urgencias esta dividida en dos partes, la parte que debe realizar el admisionista y la parte q debe realizar el recaudador, los turnos se trabajan con sistema de tercer turno, que consiste en hacer dos turnos de día y dos turnos de noche, los de día se ingresa a las 09:00 y sale a las 20:00, y los turnos de noche de las 20:00 a las 09:00 del día siguiente, el admisionista es el que debe recibir al paciente en la ventanilla o al acompañante, abrir un DAU que es el dato de atención de urgencia, revisar la previsión en el sistema de FONASA, imprimir el documento en el sistema IBM con que cuenta el hospital, que es un sistema antiguo casi obsoleto, se clasifica de acuerdo a la previsión y se adjunta la hoja de insumos, el cual se debe utilizar de forma interna por la unidad de urgencias, para el registro de medicamentos e insumos, la clasificación va junta cuando se abre el DAU se revisa la previsión por el Rut en el sistema de FONASA que se encuentra ubicado en la oficina, de acuerdo a esa clasificación se anota la letra de la previsión en el DAU y se pasa para la atención. Además de eso el admisionista debe contestar el teléfono, recepcionar documentos que son valores para la unidad, como son las fichas de accidentes laborales, las pólizas de accidentes escolares, completar las fichas de accidentes de tránsito, q se les determina PROSADO, pasar al sistema los pacientes q se hospitalizan y cerrar los DAU en el sistema IBM, informarles al paciente o a los acompañantes la situación previsional del paciente hospitalizado, recibe además telefónicamente los controles de los pacientes hospitalizados que necesiten ser evaluados ya sea por el neurocirujano, por el traumatólogo o cirujano.

En cuanto a la parte del recaudador, vale decir independiente de eso, que cada uno tenga asumida una función igual el trabajo debe ser en equipo, dada la demanda asistencial generalmente esta se ve colapsada, por lo tanto las dos personas que trabajan en la oficina deben manejar y conocer los procesos de ambos lados, el recaudador por su parte debe timbrar las ordenes de las radiografías, exámenes de laboratorios, de acuerdo a la previsión del paciente, realizar los egresos estadísticos y registrarlo en el libro correspondiente, en cual se registra la hora q llega el paciente, la hora q se hospitaliza, el nombre del paciente, número de tarjeta de atención, la edad, el diagnóstico, nombre del médico que lo hospitaliza, el servicio donde el paciente es derivado y el lugar de origen del paciente. Debe cobrar las prestaciones de acuerdo a la previsión que estas pueden ser A o B; paciente no cancela, los

pacientes C 10% de la atención y paciente D 20% de la atención, a los bloqueados se les cobra nivel uno, que actualmente son \$ 10.320 a los pacientes que son Isapre o particulares el nivel tres que son \$18.450 la consulta, a estos se le deben agregar los insumos, medicamentos, exámenes y procedimientos, etc. A cada cobro el recaudador debe hacer una boleta detallada con el nombre Rut y edad del paciente, si el paciente no cuenta con los medios para pagar, se da la posibilidad de firmar un pagaré, este pagaré es un documento que tiene una vigencia de 10 días hábiles a contar de la fecha de emisión para ser regularizado, la regularización consiste en que si el paciente es FONASA debe cancelar si o si en el caso que le corresponda, lo mismo si fuera un Isapre, si el paciente está bloqueado, tiene la posibilidad de solucionar su situación previsional dentro de este plazo, el solucionar puede ser; si el paciente carece de recursos el sistema por sí sólo no lo asimilará por ende debe hacer el trámite con el asistente social y en su efecto si el paciente no ha solucionado su previsión y está trabajando FONASA también le va asignar su letra y se le va a cobrar de acuerdo a la letra de FONASA q tenga en el minuto de regularizar. Cuando se hace un pagare este debe ser anotado en un libro con numeración correlativa destinado para este fin, además se le debe hacer un detalle de las prestaciones y adjuntarle la certificación previsional.

Cuando llega un accidente de tránsito el admisionista debe completar un formulario con los números de la póliza, los nombres de los lesionados y los involucrados en el lugar del accidente, el recaudador debe completar esta información anotando los datos en el libro del accidente de tránsito, los convenios DIPRECA previo llenar el formulario el admisionista se debe sacar una copia al DAU y adjuntar al mandato junto con el detalle de las prestaciones una vez que se ha finalizado la atención del paciente. El recaudador también debe las boletas a una planilla Excel turno a turno, esta planilla es enviada por correo electrónico a la unidad de finanzas en los turnos de noche, pero sólo los días hábiles, además se debe hacer una auditoría de fallecidos, cuando un paciente fallece en la unidad, el paciente es derivado al servicio médico legal o anatomía patológica, en ambos casos se le debe llenar el formulario y adjuntar toda la información y los datos que se tengan, ya sean exámenes, radiografías y anotarlo en el libro de hospitalizados, cuando un paciente llega a pabellón de urgencia y no cuenta con familiares en ese minuto, el recaudador debe hacer un inventario de pertenencias, este consiste en registrar en el documento, todas las pertenencias detalladas del paciente y guardarlas en bodega destinada para este fin. Debe registrar en el libro de derivación de pacientes a todos los pacientes que se van al extra sistema.

Todos los mandatos que yo detalle que son los convenios que se hacen con DIPRECA, investigaciones, gendarmería, cada vez que el paciente de la institución se va a atender llena un mandato o bien lleva el bono de atención, una vez q se termina la atención a ese bono o mandato se le debe adjuntar la copia de atención de urgencias y hacer el detalle, esta documentación turno a turno generalmente el turno q hace noche y entrega en la mañana debe llevarlo a la unidad de recepción urgencia maternidad, ahí es donde se centra este material, para que el funcionario haga el detalle y el cobro de los bonos a la institución y previamente se deriven a la unidad de finanzas para la facturación.

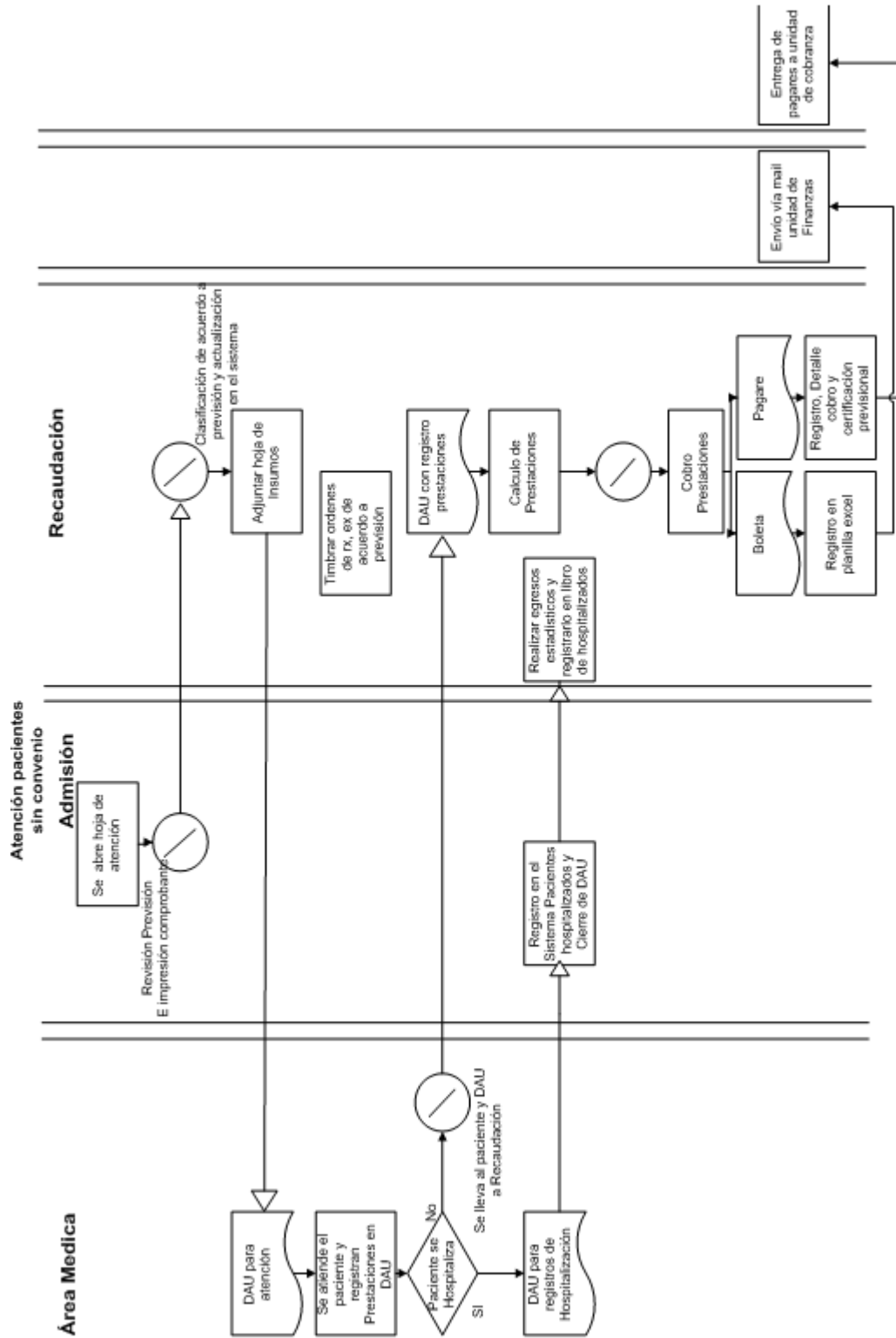
Los accidentes de tránsito hay una persona encargada en la oficina de accidente de tránsito, por lo tanto toda la información que se guarde en el libro que está en la unidad, diariamente debe ir a registrar y llevarse toda esa información para que termine de trabajarlo.

Las copias de los hospitalizados, de las pólizas de los accidentes escolares, las pólizas de accidente laboral, son retiradas diariamente por el SOME.

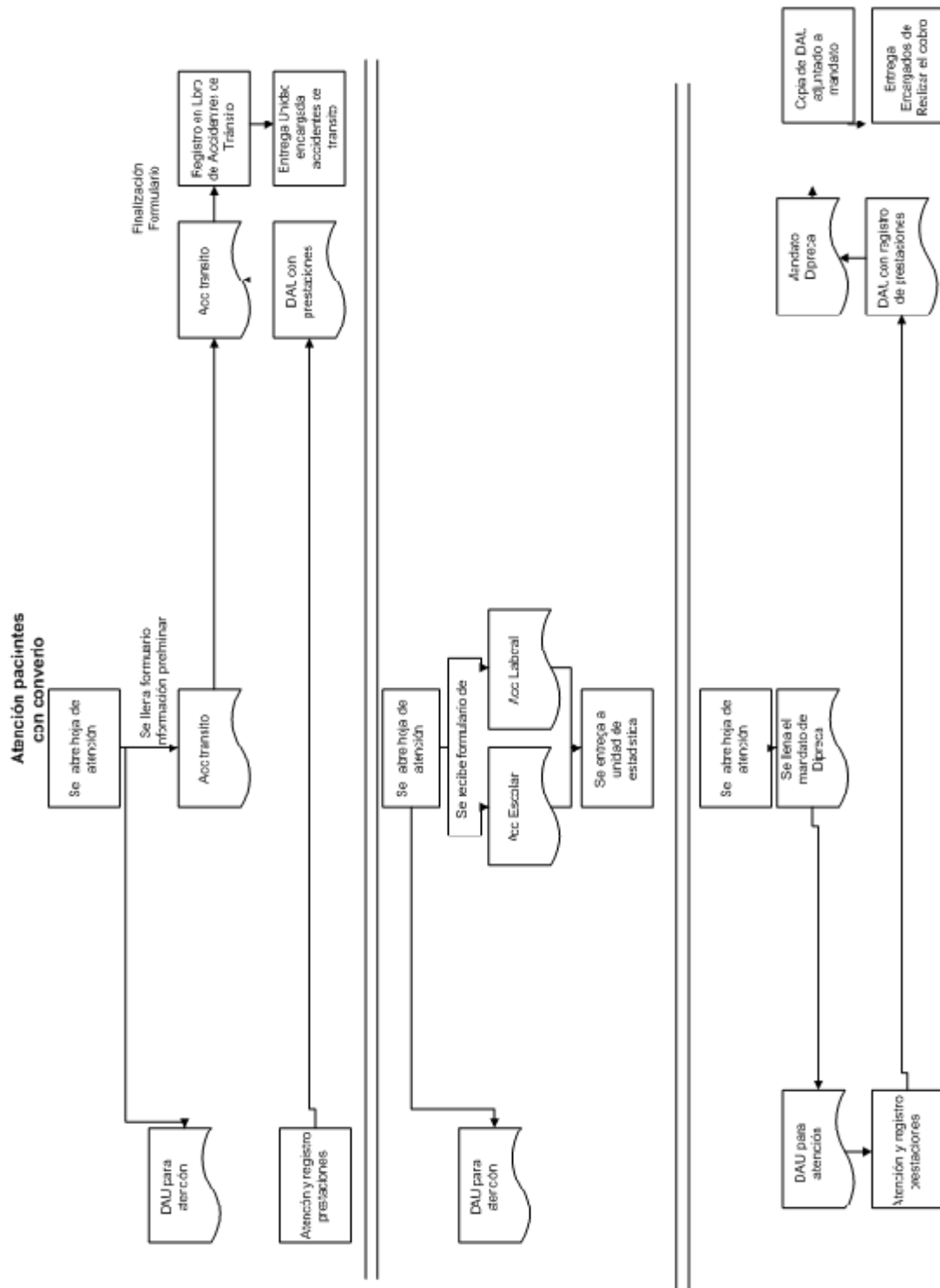
Las auditorías de fallecidos son documentos que se deben entregar a la secretaria de la unidad de emergencia.

En urgencia se cobra solamente cuando el paciente está dado de alta, cuando el paciente debe cancelar de acuerdo a su previsión y es hospitalizado o no tuviera, toda esa información se canaliza a través de recaudación centrar y ellos regularizan ese proceso.

Anexo 11: Flujograma proceso normal



Anexo 12: Flujoograma proceso con convenio



Anexo 13: Análisis de los riesgos asociados a cada procedimiento

<u>Procesos Identificados</u>	<u>Riesgo Identificado</u>
Abrir DAU	• Abrir erróneamente el DAU
Verificar Previsión en sistema FONASA	• No verificar la previsión en FONASA
Clasificación de acuerdo a previsión	• Clasificar erróneamente de acuerdo a previsión
Adjuntar Hoja de Insumos	• No adjuntar hoja de insumos • Extravío hoja de insumos
Recepción de Pólizas de Accidentes Laborales	• No recepcionar póliza de accidentes laborales • Extravío Póliza de accidentes laborales
Recepción de Pólizas de Accidentes Escolares	• No recepcionar póliza de accidentes escolares • Extravío Póliza de accidentes escolares
Llenado de Fichas de Accidentes de Tránsito	• Erróneo o nulo llenado de fichas de accidentes de tránsito
Ingresar al Sistema pacientes hospitalizados	• Erróneo o nulo ingreso al sistema de pacientes hospitalizados
Cerrar DAU	• Cerrar erróneamente el DAU
Timbrar órdenes internas de acuerdo a previsión	• No timbrar órdenes internas de acuerdo a previsión

Realizar egresos estadísticos	• Errónea o nula realización de egresos estadísticos
Registro en el libro de hospitalizados	• Erróneo o nulo registro en el libro de hospitalizados
Realizar boleta	• Realizar una boleta con precio distinto al real
Realizar pagaré	• Realizar pagaré con precio distinto al real
Registro de pagaré	• Registrar erróneamente el pagaré en el sistema
Registro de boletas en planilla Excel	• Registrar erróneamente las boletas en el sistema
Envío de planilla Excel a unidad de Finanzas	• Erróneo o nulo envío de planilla resumen a la unidad de finanzas
Realización de Auditorías de fallecidos	• Errónea o nula realización de auditoría de fallecidos
Realización de Inventarios de pertenencias	• Errónea o nula realización de inventario de pertenencias • Pérdida de pertenencias de pacientes
Registro de pacientes derivados al extra sistema	• Errónea o nulo registro de pacientes derivados al extra sistema
Recepcionar y archivar hoja DAU al final del proceso	• Pérdida de DAU

Anexo 14: Determinación de la probabilidad de ocurrencia de los riesgos

Riesgo	Si	No
Abrir erróneamente el DAU	3%	97%
No verificar la previsión en FONASA	26%	74%
Clasificar erróneamente de acuerdo a previsión	26%	74%
No adjuntar hoja de insumos	26%	74%
Adjuntar hoja de insumos errónea	0%	100%
Extravío hoja de insumos	0%	100%
No recepcionar póliza de accidentes laborales	1%	99%
Extravío póliza de accidentes laborales	1%	99%
Erróneo o nulo llenado de fichas de accidentes de transito	0%	100%
Erróneo o nulo ingreso al sistema de pacientes hospitalizados	3%	97%
Cerrar erróneamente el DAU	4%	96%
No timbrar órdenes internas de acuerdo a previsión	28%	72%
Errónea o nula realización de egresos estadísticos	6%	94%
Erróneo o nulo registro en el libro de hospitalizados	1%	99%
Realizar una boleta con precio distinto al real	54%	46%
Realizar pagaré con precio distinto al real	1%	99%
Registrar erróneamente las boletas en el sistema	3%	97%
Erróneo o nulo envío de planilla resumen a unidad de Finanzas	6%	94%
Registrar erróneamente el pagaré en el sistema	0%	100%
Errónea o nula realización de auditoría de fallecidos	0%	100%
Errónea o nula realización de inventario de pertenencias	0%	100%
Pérdida de pertenencias de pacientes	1%	99%
Erróneo o nulo registro de pacientes derivados al extra sistema	3%	97%
Pérdida de DAU	26%	74%

Anexo 15: Clasificación probabilidad de ocurrencia de los riesgos

Riesgo	Categoría	Valor
Abrir erróneamente el DAU	Muy Improbable	1
No verificar la previsión en FONASA	Improbable	2
Clasificar erróneamente de acuerdo a previsión	Improbable	2
No adjuntar hoja de insumos	Improbable	2
Adjuntar hoja de insumos errónea	Muy Improbable	1
Extravío hoja de insumos	Muy Improbable	1
No recepcionar póliza de accidentes laborales	Muy Improbable	1
Extravío póliza de accidentes laborales	Muy Improbable	1
Erróneo o nulo llenado de fichas de accidentes de tránsito	Muy Improbable	1
Erróneo o nulo ingreso al sistema de pacientes hospitalizados	Muy Improbable	1
Cerrar erróneamente el DAU	Muy Improbable	1
No timbrar órdenes internas de acuerdo a previsión	Improbable	2
Errónea o nula realización de egresos estadísticos	Muy Improbable	1
Erróneo o nulo registro en el libro de hospitalizados	Muy Improbable	1
Realizar una boleta con precio distinto al real	Moderado	3
Realizar pagaré con precio distinto al real	Muy Improbable	1
Registrar erróneamente las boletas en el sistema	Muy Improbable	1
Erróneo o nulo envío de planilla resumen a unidad de Finanzas	Muy Improbable	1
Registrar erróneamente el pagaré en el sistema	Muy Improbable	1
Errónea o nula realización de auditoría de fallecidos	Muy Improbable	1
Errónea o nula realización de inventario de pertenencias	Muy Improbable	1
Pérdida de pertenencias de pacientes	Muy Improbable	1
Erróneo o nulo registro de pacientes derivados al extra sistema	Muy Improbable	1
Pérdida de DAU	Improbable	2

Anexo 16: Clasificación materialidad del impacto de los riesgos

Riesgo	Categoría	Valor
Abrir erróneamente el DAU	Insignificantes	1
No verificar la previsión en FONASA	Moderadas	3
Clasificar erróneamente de acuerdo a previsión	Moderadas	3
No adjuntar hoja de insumos	Menores	2
Adjuntar hoja de insumos errónea	Menores	2
Extravío hoja de insumos	Menores	2
No recepcionar póliza de accidentes laborales	Menores	2
Extravío póliza de accidentes laborales	Menores	2
Erróneo o nulo llenado de fichas de accidentes de tránsito	Menores	2
Erróneo o nulo ingreso al sistema de pacientes hospitalizados	Menores	2
Cerrar erróneamente el DAU	Menores	2
No timbrar órdenes internas de acuerdo a previsión	Moderadas	3
Errónea o nula realización de egresos estadísticos	Menores	2
Erróneo o nulo registro en el libro de hospitalizados	Menores	2
Realizar una boleta con precio distinto al real	Mayores	4
Realizar pagaré con precio distinto al real	Menores	2
Registrar erróneamente las boletas en el sistema	Menores	2
Erróneo o nulo envío de planilla resumen a unidad de Finanzas	Insignificantes	1
Registrar erróneamente el pagaré en el sistema	Menores	2
Errónea o nula realización de auditoría de fallecidos	Insignificantes	1
Errónea o nula realización de inventario de pertenencias	Insignificantes	1
Pérdida de pertenencias de pacientes	Insignificantes	1
Erróneo o nulo registro de pacientes derivados al extra sistema	Insignificantes	1
Pérdida de DAU	Mayores	4

Anexo 17: Clasificación severidad de los riesgos

Riesgo	Nivel de Probabilidad (P)	Nivel de Impacto (I)	Nivel de Riesgo (Severidad) (P x I)
Abrir erróneamente el DAU	Muy improbable (1)	Insignificantes (1)	Bajo (1)
No verificar la previsión en FONASA	Improbable (2)	Moderadas (3)	Moderado (6)
Clasificar erróneamente de acuerdo a previsión	Improbable (2)	Moderadas (3)	Moderado (6)
No adjuntar hoja de insumos	Improbable (2)	Menores (2)	Bajo (4)
Adjuntar hoja de insumos errónea	Muy improbable (1)	Menores (2)	Bajo (2)
Extravío hoja de insumos	Muy improbable (1)	Menores (2)	Bajo (2)
No recepcionar póliza de accidentes laborales	Muy improbable (1)	Menores (2)	Bajo (2)
Extravío Póliza de accidentes laborales	Muy improbable (1)	Menores (2)	Bajo (2)
Erróneo o nulo llenado de fichas de accidentes de tránsito	Muy improbable (1)	Menores (2)	Bajo (2)
Erróneo o nulo ingreso al sistema de pacientes hospitalizados	Muy improbable (1)	Menores (2)	Bajo (2)
Cerrar erróneamente el DAU	Muy improbable (1)	Menores (2)	Bajo (2)
No timbrar órdenes internas de acuerdo a previsión	Improbable (2)	Moderadas (3)	Moderado (6)
Errónea o nula realización de egresos estadísticos	Muy improbable (1)	Menores (2)	Bajo (2)
Erróneo o nulo registro en el libro de hospitalizados	Muy improbable (1)	Menores (2)	Bajo (2)
Realizar una boleta con precio distinto al real	Moderado (3)	Mayores (4)	Extremo (12)
Realizar pagaré con precio distinto al real	Muy improbable (1)	Menores (2)	Bajo (2)
Registrar erróneamente las boletas en el sistema	Muy improbable (1)	Menores (2)	Bajo (2)
Erróneo o nulo envío de planilla resumen a la unidad de finanzas	Muy improbable (1)	Insignificantes (1)	Bajo (1)

Registrar erróneamente el pagaré en el sistema	Muy Improbable (1)	Menores (2)	Bajo (2)
Errónea o nula realización de auditoría de fallecidos	Muy improbable (1)	Insignificantes (1)	Bajo (1)
Errónea o nula realización de inventario de pertenencias	Muy improbable (1)	Insignificantes (1)	Bajo (1)
Pérdida de pertenencias de pacientes	Muy improbable (1)	Insignificantes (1)	Bajo (1)
Errónea o nulo registro de pacientes derivados al extra sistema	Muy improbable (1)	Insignificantes (1)	Bajo (1)
Pérdida de DAU	Improbable (2)	Mayores (4)	Alto (8)

Anexo 18: Resultados de la Determinación de la probabilidad de suceso

Procedimiento	Si	No
Verifica Previsión	87,19%	12,81%
Actualiza Previsión	79,50%	20,50%
Marca Hoja de Atención	72,26%	27,74%
Cobro Bien Efectuado	45,63%	54,37%
Se encuentra DAU	73,12%	26,88%

Anexo 19: Resultado de encuesta cumplimiento de los elementos de control interno

Preguntas	Si	No	Medianamente	Evidencia
1 AMBIENTE INTERNO				
1.1 ¿Comprendo la misión y estrategia general de la entidad?	67%	0%	33%	Intranet
1.2 ¿Se emprenden acciones disciplinarias	50%	17%	33%	Código de

contra aquellos que muestran una conducta profesional impropia?				conducta
1.3 ¿La rotación del personal no ha afectado significativamente la capacidad de alcanzar objetivos?	0%	67%	33%	Evaluación del desempeño
1.4 ¿Los líderes de mi unidad son receptivos a todas las comunicaciones acerca del riesgo, incluyendo las malas noticias?	0%	100%	0%	Sin evidencia
1.5 ¿Existe un código de conducta o ética?	0%	100%	0%	Sin evidencia
1.6 ¿Se fomentan actividades enfocadas en mejorar al trabajo en equipo y relación con compañeros y clientes?	0%	100%	0%	Sin evidencia
2. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS				
2.1 ¿Conoce la misión y visión de la institución?	83%	0%	17%	Intranet
2.2 ¿Conoce la misión y visión del área en el que se desempeña?	50%	0%	50%	Intranet
2.3 ¿La institución da a conocer su plan estratégico?	50%	33%	17%	Memos
2.4 ¿Están los objetivos segregados en base a la estructura organizacional?	17%	50%	33%	Reuniones realizadas
3. IDENTIFICACIÓN DE EVENTOS				
3.1 ¿La dirección utiliza diversas técnicas para identificar posibles acontecimientos que afecten al logro de sus objetivos?	0%	83%	17%	Sin evidencia
3.2 ¿Existe un listado de posibles eventos que pueda afectar a su área funcional específica?	0%	100%	0%	Sin evidencia
3.3 ¿Existen talleres o grupos de trabajo conformados con funcionarios de distintas	0%	100%	0%	Sin evidencia

áreas enfocados para identificar posibles eventos?				
3.4 ¿La dirección agrupa en categorías de similares características los posibles eventos?	0%	67%	33%	Sin evidencia
3.5 ¿Se toman en consideración eventos positivos que representen una oportunidad y sacar provecho de ello?	33%	33%	33%	Reuniones del Departamento
4. EVALUACIÓN DE RIESGOS				
4.1 ¿En su área existen riesgos?	83%	17%	0%	Informes
4.2 ¿Se utilizan listados para priorizar los riesgos más severos?	0%	100%	0%	Sin evidencia
4.3 ¿Existe documentación referente a la clasificación que tienen los riesgos?	0%	83%	17%	Sin evidencia
4.4 ¿Se da a conocer los resultados de las evaluaciones de los riesgos?	0%	100%	0%	Sin evidencia
4.5 ¿Los procedimientos efectuados en el área mantienen bajos riesgos?	33%	33%	33%	Informe de gestión de Finanzas
4.6 ¿Los riesgos identificados se modifican o varían en el tiempo?	0%	67%	33%	Reuniones del Departamento
5. RESPUESTA A LOS RIESGOS				
5.1 ¿La institución realiza actividades con el fin de evitar riesgos?	0%	67%	33%	Procedimiento realizados
5.2 ¿La institución realiza actividades con el fin de reducir riesgos?	0%	67%	33%	Procedimiento realizados
5.3 ¿La institución comparte sus riesgos con otras entidades como empresas de seguros?	83%	0%	17%	Contrato empresa de seguro

5.4 ¿La institución tiende a aceptar los riesgos que son inherentes de las actividades propias del giro?	33%	33%	33%	Informes
5.5 ¿La institución evalúa los costos y beneficios antes de proponer una alternativa de respuesta al riesgo?	0%	67%	33%	Sin evidencia
5.6 ¿Todas las respuestas a los riesgos implican actividades de control?	0%	83%	17%	Sin evidencia
6. ACTIVIDADES DE CONTROL				
6.1 ¿La dirección identifica las actividades de control necesarias para ayudar a asegurar que las respuestas a los riesgos se lleven a cabo adecuada y oportunamente?	33%	33%	33%	Informe de gestión de Finanzas
6.2 ¿Las actividades de control son necesarias para dar cumplimiento a los objetivos de la unidad?	67%	0%	33%	Reuniones del Departamento
6.3 ¿Cada riesgo identificado por la administración tiene un control establecido?	0%	100%	0%	Sin evidencia
6.4 ¿Los controles son evaluados periódicamente?	0%	100%	0%	Sin evidencia
6.5 ¿Se realizan auditorías internas a la unidad en que se desempeña?	0%	67%	33%	Informes de Auditoría
6.6 ¿Existe un buen cuidado de los activos físicos de la institución?	0%	67%	33%	Mantenciones
6.7 ¿Existe una eficiente distribución de las actividades que realiza cada funcionario?	33%	33%	33%	Descripción de cargos y funciones
6.8 ¿Los controles implementados son en su mayoría automáticos?	0%	83%	17%	Memos
7. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN				
7.1 ¿Se informa oportunamente los objetivos	0%	33%	67%	Informes

que debe cumplir cada área?				
7.2 ¿La información procedente de fuentes internas como externas se recopilan y analizan?	33%	0%	67%	Reuniones del Departamento
7.3 ¿Cada vez que entra nueva información se identifican eventos, analizan riesgos y se determinan respuestas a ellos?	17%	67%	17%	Comunicación vía mail
7.4 ¿Existe buena tecnología para mejorar la eficacia y eficiencia de los procesos de información?	33%	33%	33%	Informe de gestión de Finanzas
7.5 ¿La información requerida es entregada de manera clara y oportuna?	17%	33%	50%	Mail institucional
7.6 ¿La dirección entrega información orientadas al comportamiento y responsabilidad de su personal?	67%	17%	17%	Descripción de cargos y funciones
7.7 ¿La dirección comenta los riesgos y las respuestas al riesgo asociadas en sesiones informativas periódicas al personal?	17%	67%	17%	Reuniones del Departamento
7.8 ¿Se retroalimenta a la alta administración de los resultados periódicos de los sistemas de control interno?	33%	33%	33%	Sin evidencia
8. <u>SUPERVISIÓN</u>				
8.1 ¿La auditoría interna proporciona una evaluación de los riesgos y actividades de control de la unidad?	0%	100%	0%	Informes de Auditoría
8.2 ¿La administración hace supervisiones constantes de los procedimientos y controles efectuados en la unidad?	0%	83%	17%	Sin evidencia

8.3 ¿La administración realiza evaluaciones periódicas a los trabajadores?	0%	83%	17%	Código de conducta
8.4 ¿La administración diseña alguna metodología para describir el proceso que llevan a cabo los funcionarios?	33%	33%	33%	Memos
8.5 ¿Se realizan evaluaciones de las causas de fallas de un control?	0%	67%	33%	Sin evidencia

Anexo 20: Cuadro resumen de la existencia de los elementos de control interno según COSO II

Elemento	Si	No	Medianamente
1.Ambiente Interno	19%	64%	17%
2.Establecimiento de Objetivos	50%	21%	29%
3.Identificación de Eventos	7%	77%	16%
4.Evaluación de Riesgos	19%	67%	14%
5.Respuesta a los Riesgos	19%	53%	28%
6.Actividades de Control	17%	60%	23%
7.Información y Comunicación	25%	35%	40%
8.Supervisión	7%	73%	20%

Anexo 21: Comunicación de condiciones relacionadas al control interno

Santiago, Enero 2012

Señores

Encargados de la unidad de Finanzas

Hospital Regional Rancagua

Por medio del análisis realizados a los procedimientos que son practicados en la unidad de admisión y recaudación de pacientes del área de urgencia adultos, se ha probado el cumplimiento de los procedimientos de control que se detectaron con la finalidad de otorgar sugerencias a las debilidades de control y los riesgos más significativos que afecten el cumplimiento de objetivos de la organización.

1.- Resumen Ejecutivo

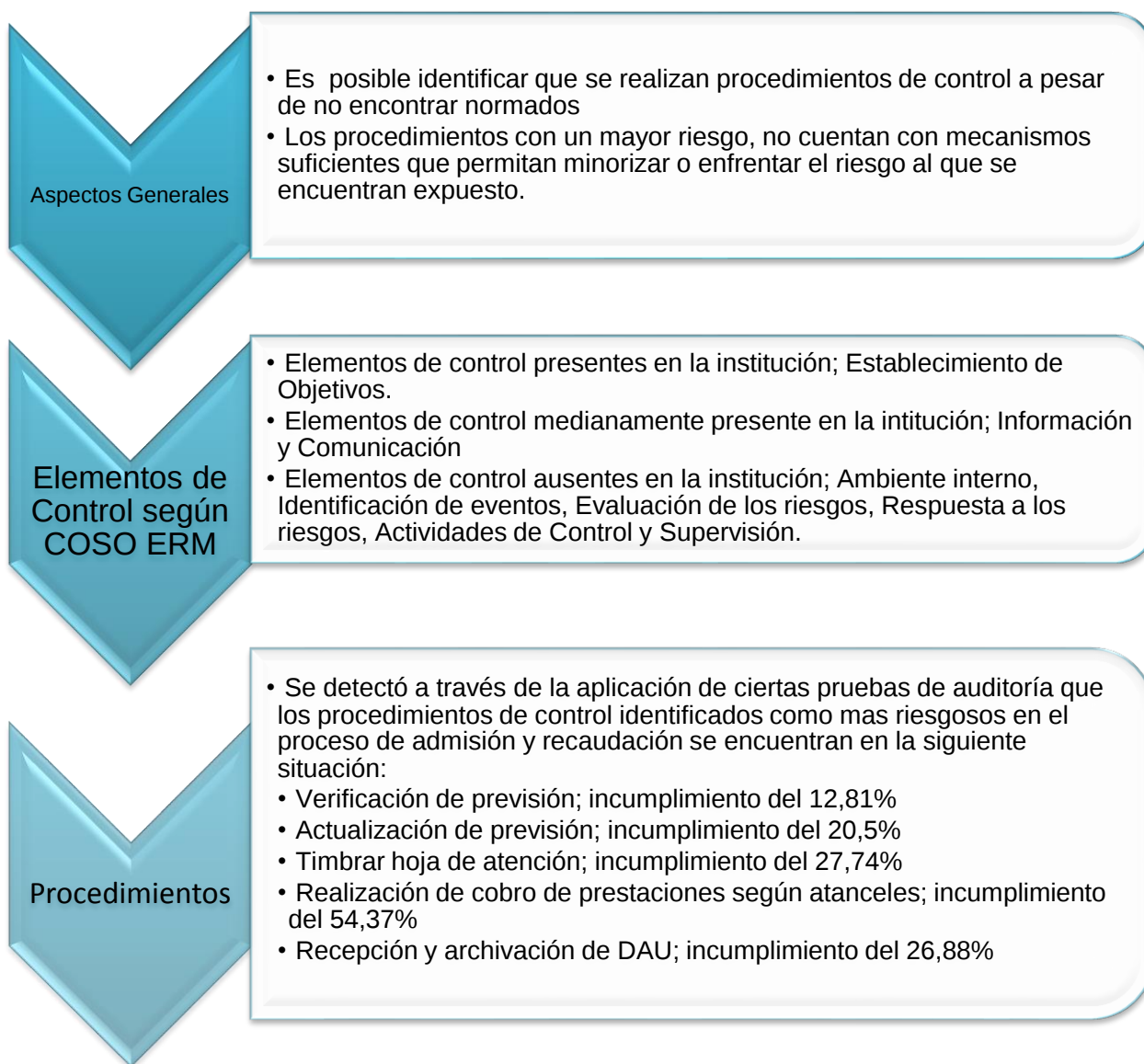
En el presente informe, se presenta como parte del resumen ejecutivo una categorización de los riesgos, en función de los procedimientos analizados y el impacto en la organización.

Las debilidades y su impacto son detalladas en la sección 2 del presente informe denominado Principales Hallazgos

Categorización de los riesgos:

<u>Riesgo Detectado</u>	<u>Procedimiento que afecta</u>	<u>Severidad</u>
<u>No verificar la previsión en FONASA</u>	<u>Verificación de previsión</u>	<u>Moderado</u>
<u>Clasificar erróneamente de acuerdo a previsión</u>	<u>Actualización de previsión</u>	<u>Moderado</u>
<u>No timbrar ordenes internas según previsión</u>	<u>Timbrar Hoja de Atención</u>	<u>Moderado</u>
<u>Realizar boleta con precio distinto al real</u>	<u>Realizar cobro de prestaciones según aranceles</u>	<u>Extremo</u>
<u>Pérdida de DAU</u>	<u>Recepcionar y archivar DAU al final del proceso</u>	<u>Alto</u>

2.- Principales hallazgos:



2.1 Aspectos Generales:

Por medio de la análisis efectuado es posible identificar que se realizan procedimientos de control en el proceso de admisión y recaudación del área de urgencia adultos, lo cual es observado en la totalidad de los funcionarios, sin embargo su realización no es efectuada en la totalidad de atenciones realizadas.

De los procedimientos que son realizados en el proceso de admisión y recaudación son identificados cinco que poseen un nivel de riesgo superior, los cuales no poseen un mecanismo que permita que este riesgo se disminuya o se enfrente de tal forma que no ocasione un impacto que evite el logro de objetivos de la organización.

Efecto: Los funcionarios no realizan los procedimientos de manera uniforme y esto perjudica el funcionar de la organización, no se encuentran preparados para enfrentan los riesgos que se presentan en la realización de los procesos.

Recomendaciones: Se recomienda a la administración implementar capacitación a los funcionarios acerca la realización de los procesos y los riesgo a los cuales se encuentran expuestos, en los cuales se proporcionen las herramientas necesarias para realizar cuando estos se presenten en el desarrollo de sus labores.

2.2 Elementos de Control

2.2.1 Ambiente Interno

A través del análisis efectuado se determinan importantes debilidades en este elemento, las cuales se ven reflejadas en el nulo conocimiento de los funcionarios acerca de los riesgos o eventos que se presentar en la unidad, además no se encuentra presente un apoyo a la cultura de integridad y valores éticos por parte de la administración, así como tampoco se encuentran actividades enfocadas a mejorar el trabajo en equipo , y la relación con los pacientes.

Efectos: Este elemento es la base para contar con un control interno adecuado por lo cual sus debilidades implican que a pesar de que se implemente un sistema de control interno este no funcione adecuadamente.

Recomendaciones: Se recomienda a la administración implementar los mecanismos claves para lograr tener un ambiente interno óptimo.

2.2.2 Identificación de eventos

A través del análisis efectuado se determina que este elemento se encuentra ausente, esto se aprecia en la ausencia de técnicas que permitan identificar los acontecimientos que afecten el logro de objetivos de la institución, así como tampoco se presenta un listado con aquellos eventos que pueden afectar el área de admisión y recaudación de urgencia adulto.

Efectos: La ausencia de este elemento implica que la organización no se encuentre preparada para enfrentar y saber actuar frente a la presencia de un evento potencial que sucediese.

Recomendaciones: Se recomienda a la administración realizar un análisis de los posibles eventos que pueden afectar el cumplimiento de objetivos, diferenciar las fuentes internas y externas, mantener un listado actualizado de los eventos potenciales y la respuesta frente a ellos y que esto sea oportunamente informado al personal involucrado en el proceso.

2.2.3 Evaluación de Riesgos

A través del análisis efectuado se determina que este elemento se encuentra ausente, lo cual también responde a su relación con el elemento identificación de eventos. Se determina que no existe un listado de prioridad de los riesgos más severos, ni una clasificación de ellos, los procedimientos más riesgosos no poseen un control para minimizar sus efectos.

Efectos: Al no contar con la evaluación de riesgos no existe una administración eficaz y con el grado de énfasis adecuado en aquellos que poseen un gran impacto a nivel organizacional.

Recomendaciones: Se recomienda a la administración realizar un análisis de los posibles eventos que pueden afectar el cumplimiento de objetivos, diferenciar las fuentes internas y externas, mantener un listado actualizado de los eventos potenciales y la respuesta frente a ellos y que esto sea oportunamente informado al personal involucrado en el proceso.

2.2.4 Respuesta a los riesgos

A través del análisis efectuado se determina que este elemento se encuentra con deficiencias importantes, lo cual se ve reflejado en la no realización de actividades que les

permitan evitar o reducir riesgos, no existe una evaluación de costos versus beneficios ante una alternativa de respuesta a los riesgos, así como tampoco existe una política respecto a respuestas a los riesgos.

Efectos: El que no se cuente adecuadamente con el elemento respuesta a los riesgos interfiere en que la organización se encuentre en una posición de cultura, manejo y actitud frente al riesgo.

Recomendaciones: Se recomienda a la administración realizar un proceso de identificación de los riesgos obteniendo una visión global de ellos, el impacto en la institución y el costo versus beneficio de la respuesta al riesgo, para posteriormente determinar la forma de actuar frente ellos , ya sea evitándolo, reduciéndolo, compartiéndolo o aceptándolo .

2.2.5 Actividades de Control

A través del análisis efectuado se determina que este elemento a pesar de encontrarse presente en la institución presenta deficiencias importantes, lo cual se ve reflejado en la no existencia de controles establecidos para los riesgos, falta de evaluación periódica a los controles , bajo cuidado de los activos físicos en la institución.

Efectos: El no contar con el elemento actividades de control impide que la institución cuente con las medidas necesarias para controlar los riesgos que afectan el desarrollo de las actividades y a la vez no cuentan con respuestas a los riesgos de forma rápida y oportuna

Recomendaciones: Se recomienda a la administración establecer políticas y procedimientos normados y así con ello tener una mayor seguridad del cumplimiento de los objetivos que se encuentran establecidos y a la vez poder tomar las medidas necesarias para controlar los riesgos asociados a los diferentes procedimientos involucrados en la entidad.

2.2.6 Supervisión

A través del análisis efectuado se determina que este elemento se encuentra ausente en la unidad de admisión y recaudación de urgencia adulto , lo cual se ve reflejado en la ausencia de supervisiones constantes de los procedimientos y controles que son efectuados, la evaluación al personal de forma no periódica , la ausencia de evaluaciones a la falla de los controles.

Efectos: El no contar con un sistema de control interno no es eficiente si no se encuentra acompañado de la supervisión y comprobación del adecuado funcionamiento en el transcurso del tiempo.

Recomendaciones: Se recomienda a la administración implementar supervisiones periódicas, de tal manera que se consiga una retroalimentación constante sobre la efectividad de los procesos y el trabajo del personal y con ello se obtendrá una seguridad razonable de que los sistemas de control interno de la entidad se encuentran funcionando de manera óptima.

3.- Procedimientos

De los procedimientos que son efectuados en la unidad de admisión y recaudación de urgencia adultos es posible identificar cinco que poseen un nivel de riesgo e impacto alto, los cuales afectan directamente el logro de objetivos de la organización.

3.1 Verificar previsión en FONASA y actualiza en DAU

En el análisis efectuado es posible determinar que el verificar previsión en FONASA a los pacientes que solicitan atención medica, se realiza en un 87,19% , a pesar de ser un alto nivel este procedimiento tiene gran importancia en la continuación de los procesos ya que si esta información se encuentra errónea pasara lo mismo con los procedimientos siguientes. Es por eso que se analiza la verificación y actualización de forma conjunta.

Efectos: La realización del cobro de prestaciones a los pacientes depende de la valorización de acuerdo al sistema de salud y categoría en que se encuentren , si la previsión no es verificada y actualizada en el DAU, esto impacta en el cobro directamente.

Recomendaciones: Se recomienda a la administración implementar en su sistema la obligatoriedad de actualización del campo previsión implicando con ello que el funcionario este obligado a modificar cuando se confeccione el DAU, además adjuntar el comprobante de FONASA no sólo a los pacientes que deben cancelar sino que a la totalidad comprobando con ello a través de supervisión que se ha realizado la verificación e inclusión en el DAU.

3.2 Marca Hoja de atención

En el análisis efectuado es posible determinar que el recaudador de la unidad de admisión y recaudación de pacientes realiza el marcado de la hoja de atención con los datos proporcionados en el proceso de admisión, sin embargo no es realizado correctamente en el 100%, encontrándose casos mal categorizados y en que los DAU son timbrados cuando deben cancelar lo cual es un error en el procedimiento.

Efectos: Los pacientes que deben cancelar son despachados por el área medica debido a que el DAU se encuentra timbrado, se cobra un valor diferente por su mal categorización.

Recomendaciones: Se puede observar que uno de los funcionarios utiliza un timbre de cobro pendiente como iniciativa propia, esto es una medida que aclare a los funcionarios del área médica cada paciente que debe cancelar, la diferenciación de lápiz por parte de los funcionarios para aquellos pacientes que deben cancelar y los que no es una práctica que realizan pero no uniformemente, se recomienda a la administración adaptar e informar de manera formal y obligatoria de tal manera que se vuelva parte del proceso y uniforme la manera de realizar las actividades dentro de la institución.

3.3 Cobro Bien efectuado

En el análisis efectuado es posible determinar que el recaudador de la unidad de admisión y recaudación de pacientes realiza el cobro de las prestaciones sin considerar correctamente los aranceles establecidos.

Efectos: El cobro se realiza de acuerdo a lo que estima el funcionario , lo cual implica un efecto en los ingresos de la institución.

Recomendaciones: Se recomienda a la administración que se instale un sistema que permita a los funcionarios introducir las prestaciones otorgadas al paciente y obtener los valores que debe recaudar y esto se encuentre ligado a su actual sistema de envío de planillas a la unidad de Finanzas, de tal forma que esto no pueda ser modificado por el personal.

3. 4 Se encuentra DAU

En el análisis efectuado es posible determinar que existe un alto porcentaje de pérdida de DAU, los cuales son la base para realizar el cobro de las prestaciones otorgadas.

Efectos: Se produce una pérdida por las atenciones otorgadas y no canceladas y además FONASA entrega un importe anualmente por las prestaciones efectivamente otorgadas por la unidad, lo cual sólo puede ser verificado con el DAU físico.

Recomendaciones: Se recomienda a la administración una modificación en el sistema de datos que se posee de tal forma que se incorpore la obligatoriedad para el admisionista de actualizar los campos de domicilio y teléfono en la confección del DAU, para posteriormente con la estadística diaria que se realiza determinar cuáles son los DAU perdidos para proceder a realizar el cobro a los pacientes y la solicitud de devolución del DAU original. Este es uno de los procesos que implica un cambio en todas las áreas de urgencia adultos para ser minimizado, se insta a incorporar a las administraciones pertinentes a reformular el proceso de tal forma de disminuir lo máximo posible el riesgo que trae consigo el procedimiento.

Este informe es únicamente para conocimiento y uso del comité de auditoría, Director, Jefe de Finanzas, y otras personas de la institución que necesiten esta información.

Fuente: Elaboración propia, basado en problema de investigación, sección 325 de las NAGA y modelo de carta de control interno de PwC.