

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias Administrativas y Contables
Escuela Profesional de Contabilidad



TESIS

**REGISTRO DE PRESTACIONES DE SALUD Y SU INCIDENCIA EN
EL PRESUPUESTO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD DEL
HOSPITAL REGIONAL ZACARÍAS CORREA VALDIVIA
HUANCAVELICA- 2016**

Para Optar : El Título Profesional de Contador Público
Autor : Bach. Castro De La Cruz, Oscar
Asesor : CPC. Fidel Sicha Quispe
Línea de Investigación : Ciencias Empresariales y Gestión de los
Recursos
Fecha de inicio y culminación: 26/11/2016 al 07/11/2017

HUANCAYO – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias Administrativas y Contables

Escuela Profesional de Contabilidad



TESIS

**REGISTRO DE PRESTACIONES DE SALUD Y SU INCIDENCIA EN
EL PRESUPUESTO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD DEL
HOSPITAL REGIONAL ZACARÍAS CORREA VALDIVIA
HUANCAVELICA- 2016**

Para Optar	: El Título Profesional de Contador Público
Autor	: Bach. Castro De La Cruz, Oscar
Asesor	: CPC. Fidel Sicha Quispe
Línea de Investigación	: Ciencias Empresariales y Gestión de los Recursos
Fecha de inicio	: 26/11/2016
Fecha de culminación	: 07/11/2017

HUANCAYO – PERÚ

2018

HOJA DE APROBACIÓN DE JURADOS**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**

Facultad de Ciencias Administrativas y Contables

TESIS

REGISTRO DE PRESTACIONES DE SALUD Y SU INCIDENCIA EN EL
PRESUPUESTO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL
ZACARÍAS CORREA VALDIVIA HUANCAVELICA- 2016.

PRESENTADO POR:

Bach. Castro de la Cruz Oscar

PARA OPTAR EL TITULO DE:

Contador Público

Escuela Profesional de Contabilidad

APROBADA POR LOS SIGUIENTES JURADOS:

PRESIDENTE

DR. FREDI GUTIERREZ MARTINEZ

PRIMER MIEMBRO

DR. ARMANDO JUAN ADAUTO AVILA

SEGUNDA MIEMBRO

MG. JORGE LUIS TAPIA AVENDAÑO

TERCER MIEMBRO

MG. CEVERO ROMULO ROJAS LEON

Huancayo,de.....de 2018

ASESOR:

CPC: FIDEL SICHA QUISPE

DEDICATORIA

Este trabajo es dedicado a mis parientes que han sido mi apoyo y mi guía para la culminación de esta investigación, gracias a sus enseñanzas es que he conseguido mi sueño.

Oscar

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios en primer lugar, por guiarme en el camino y fortalecerme espiritualmente para comenzar un camino lleno de éxito.

Por lo tanto, quiero mostrar mi agradecimiento a todas aquellas personas que estaban presentes en la realización de este trabajo, de este sueño tan importante para mí, gracias por su ayuda, sus palabras, sus conocimientos, sus consejos y por su dedicación.

Mi más sincero agradecimiento a mi asesor de tesis, que con su conocimiento y su guía era clave de para desarrollar este trabajo de investigación.

ÍNDICE

	Pág.
HOJA DE APROBACIÓN DE JURADOS	ii
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
TÉRMINOS CLAVES UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN	xiv
INTRODUCCIÓN	xv
CAPITULO I.....	16
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	16
I. PLANTEAMIENTO, SISTEMATIZACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	16
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.2.1. Problema general.....	17
1.2.2. Problemas específicos	17
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.3.1. Objetivo general.....	18
1.3.2. Objetivos específicos	18
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.4.1. Justificación teórica.....	18
1.4.2. Justificación práctica.....	19
1.4.3. Justificación metodológica.....	19
1.4.4. Justificación social	19
1.4.5. Justificación de conveniencia.....	19
1.5. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO	19
CAPITULO II	21
MARCO TEÓRICO	21
II. MARCO TEÓRICO.....	21
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	21

2.1.1. Internacionales	21
2.1.2. Nacionales	22
2.2. BASES TEÓRICAS	23
2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	25
2.3.1. REGISTRO DE PRESTACIONES DE SALUD.....	25
2.3.1.1. Objetivo de los registros de información	27
2.3.1.2. Formato único de atención (FUA)	28
2.3.1.3. Atención o prestación de Salud.....	28
2.3.1.4. Unidad Ejecutora.....	29
2.3.1.5. Seguro Integral de Salud (SIS)	30
2.3.1.6. Validación de atención o prestación de salud	31
2.3.1.7. Registro Informático	31
2.3.1.8. Normas de Validación.....	32
2.3.1.9. Prestaciones que presentan observación	32
2.3.2. PRESUPUESTO	33
2.3.2.1. Características del presupuesto	34
2.3.2.2. Cómo presentar el presupuesto	37
2.3.2.3. El presupuesto del hospital	38
2.3.2.4. Métodos de presupuesto.....	40
2.3.2.5. Cómo hacer un presupuesto de hospital.....	41
2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES	43
2.4.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	43
2.4.2. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	43
2.5. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	44
CAPITULO III.....	47
METODOLOGÍA	47
III. METODOLOGÍA	47
3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	47
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	47
3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	47
3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	48
3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	48
3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
3.6.1. Técnica De Recolección De Datos.....	49

3.6.2. Instrumento De Recolección De Datos	49
3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
CAPITULO IV.....	50
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	50
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	50
4.1. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	50
4.2. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	51
4.1.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA O DEDUCTIVA.....	51
4.1.2. ESTADÍSTICA INFERENCIAL O INDUCTIVA	60
4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	66
CONCLUSIONES	70
RECOMENDACIONES	71
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	72
ANEXO N° 01	A
MATRIZ DE CONSISTENCIA	A
ANEXO N° 02	C
GUÍA DE ANÁLISIS DOCUMENTARIO PRESUPUESTO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD	D
ANEXO N° 03	E
VALIDEZ GUÍA DE ANÁLISIS DOCUMENTARIO REGISTRO DE PRESTACIONES DE SALUD	E
ANEXO N° 04	G
CONFIABILIDAD GUÍA DE ANÁLISIS DOCUMENTARIO REGISTRO DE PRESTACIONES DE SALUD	G
ANEXO N° 05	I
IMÁGENES DE EJECUCIÓN DE INVESTIGACIÓN DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL REGIONAL ZACARÍAS CORREA VALDIVIA HUANCAVELICA.....	I

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1:	Correlación del registro de prestaciones de salud y el presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016	51
Tabla N° 2:	Correlación del registro de prestaciones de salud CONFORME y el presupuesto del Seguro Integral de Salud CONFORME del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016.	52
Tabla N° 3:	Correlación del registro de prestaciones de salud RECHAZADOS y el presupuesto del Seguro Integral de Salud RECHAZADOS del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016	53
Tabla N° 4:	Correlación del registro de prestaciones de salud y la valorización de medicamentos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016	54
Tabla N° 5:	Correlación del registro de prestaciones de salud RECHAZADO y la valorización de medicamentos RECHAZADO del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016	55
Tabla N° 6:	Correlación del registro de prestaciones de salud y la valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016	56
Tabla N° 7:	Correlación del registro de prestaciones de salud RECHAZADO y la valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos RECHAZADO del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016	57
Tabla N° 8:	Correlación del registro de prestaciones de salud y el costo administrativo del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016	58
Tabla N° 9:	Correlación del registro de prestaciones de salud RECHAZADO y la valorización de procedimiento RECHAZADO del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016	59

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1	Correlación del registro de prestaciones de salud y el presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016	51
Gráfico N° 2	Correlación del registro de prestaciones de salud CONFORME y el presupuesto del Seguro Integral de Salud CONFORME del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016	52
Gráfico N° 3	Correlación del registro de prestaciones de salud RECHAZADOS y el presupuesto del Seguro Integral de Salud RECHAZADOS del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016	53
Gráfico N° 4	Correlación del registro de prestaciones de salud y la valorización de medicamentos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016	54
Gráfico N° 5	Correlación del registro de prestaciones de salud RECHAZADO y la valorización de medicamentos RECHAZADO del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016	55
Gráfico N° 6	Correlación del registro de prestaciones de salud y la valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016	56
Gráfico N° 7	Correlación del registro de prestaciones de salud RECHAZADO y la valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos RECHAZADO del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016	57
Gráfico N° 8	Correlación del registro de prestaciones de salud y el costo administrativo del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016	58
Gráfico N° 9	Correlación del registro de prestaciones de salud RECHAZADO y la valorización de procedimiento RECHAZADO del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016	59

RESUMEN

Objetivo: Establecer la correlación entre el registro de prestaciones de salud y el presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016.

Material y método: Para obtener los datos referentes al registro de beneficios de salud, se utilizó una guía de análisis documental consistente en 23 ítems y para la variable Presupuesto del Seguro Integral de Salud, se utilizó la guía para el análisis documental presupuestario del Seguro Integral de Salud. El estudio es de tipo básico, el nivel de investigación alcanzado pertenece a la correlación, el método de investigación que se utilizó corresponde al hipotético-deductivo y estadístico. El diseño de investigación al que corresponde este trabajo es transversal no experimental. La muestra consistió en 46735 beneficiarios de salud.

Resultados: La frecuencia más alta de beneficios para la salud realizado durante el 2016 pertenece al mes de febrero con 4300 beneficiarios y con un presupuesto asignado de S/.511,807.08 soles; Para el mes de junio, hubo un menor número de beneficios para la salud con un valor de 3232 beneficiarios y presupuesto correspondiente a S/. 474,946.72 soles. Asimismo, para los meses de enero, marzo, abril, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre, beneficios para la salud se realizaron por debajo del valor más alto, sin embargo, es evidente una mayor asignación presupuestaria. En agosto de 2016, se REGISTRO el mayor número de prestaciones rechazadas, correspondiente a un valor de 675 beneficios que causado un gasto de S/ 20,332.13 soles que no reembolsará al seguro Integral de salud, y la Zacarías Correa Hospital Regional fue responsable de dicho monto. Valdivia también revela la cantidad total de 6349 beneficios rechazado durante el año 2016 corresponde a S/. 521, 587.41

Conclusión: No se encontró relación significativa entre el registro de prestaciones de salud y el presupuesto del Seguro Integral de Salud, esto advierte que no existe una concordancia entre las cifras de prestaciones de salud y los presupuestos correspondientes a estos, debido a un incorrecto registro de las prestaciones de salud en el Formato Único de Atención y otros.

Palabras clave: Seguro Integral de Salud, registro de prestación de salud, Formato Único de Atención, presupuesto, Hospital.

ABSTRACT

Objective: To establish the interrelation between the record of services of health and the budget of the Integral Insurance of Health of the Regional Hospital Zacarías Valdivia Huancavelica-2016.

Material and method: To obtain the information regarding the record of benefits of health, there was used a guide of documentary analysis consisting of 23 items and for variable Budget of the Integral Insurance of Health, the guide was used for the documentary budgetary analysis of the Integral Insurance of Health. The study is of basic type, the level of investigation reached it belongs to the interrelation, the method of investigation that was used corresponds to the hypothetical - deductive one and the statistical one. The design of investigation to which this work corresponds is a not experimental cross street. The sample consisted of 46735 beneficiaries of health.

Results: The highest frequency of benefits for the health realized during 2016 belongs to February with 4300 beneficiaries and with an assigned budget of S/.511,807.08 the suns; For June, there was a minor number of benefits for the health with a value of 3232 beneficiaries and budget corresponding to S/. 474,946.72 suns. Also, for January, March, April, July, August, September, October, November and December, benefits for the health were realized below the highest value, nevertheless, a major budgetary allocation is clear. In August, 2016, there registered the biggest number of pushed back services, corresponding to a value of 675 benefits that caused an expense of S/ 20,332.13 suns that it will not reimburse to the Integral insurance of health, and Zacarías Correa Regional Hospital was responsible for the above mentioned total. Valdivia also reveals the entire quantity of 6349 benefits pushed back during the year 2016 corresponds to S/. 521, 587.41

Conclusion: One did not find significant relation between the record of services of health and the budget of the Integral Insurance of Health, this warns that a congruity does not exist between the numbers of services of health and the budgets corresponding to these, due to an incorrect record of the services of health in the Format Only one of Attention and others.

Key words: Integral insurance of Health, record of service of health, Format Only one of Attention, budget, Hospital..

TÉRMINOS CLAVES UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN

FUA: Formato Único de Atención

RPS: Registro de prestación de salud

SIS: Seguro Integral de Salud

INTRODUCCIÓN

Las entidades de salud se crean con el propósito de prevenir o tratar las patologías que se producen en la población. Pero, a fin que este proceso se llevará a cabo de manera oportuna, es necesario implementar un control de beneficios para la salud y los ingresos y gastos que esta actividad exige para garantizar que los servicios prestados por el Hospital o cualquier establecimiento de salud cada vez sea de mejor calidad, porque todos los miembros de esta institución deben saber cómo planificar sus actividades de conformidad con las normas de la institución, ya que si están inseguros acerca de sus actividades, los gastos de la institución se incrementará con respecto a los beneficios de salud que proporcionan.

El éxito y la popularidad de cualquier entidad pública que presta servicios de salud se apoya, entre otros aspectos, en el correcto uso de los recursos, razón por la cual los registros de los servicios prestados se convierten en una herramienta necesaria para la administración coherente y eficiente de los gastos de los beneficios de salud que se produce en el marco del Seguro Integral de Salud. Pero hay que tener en cuenta que, en la actualidad, se está convirtiendo en cada vez más difícil instalar un sistema de control de presupuesto, como consecuencia de los cambios en el personal y las normas que regulan los servicios de salud.

Teniendo en cuenta las consideraciones presentadas anteriormente, la presente investigación pretende establecer la correlación entre el registro de beneficios para la salud y el presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Zacarías Correa Valdivia Huancavelica-2016.

La presente investigación está organizada en capítulos que son: Capítulo I: planteamiento de la investigación, capítulo II: marco teórico; Capítulo III: metodología. Capítulo IV: Resultados de la investigación. Usted también encontrará las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos

El autor.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

I. PLANTEAMIENTO, SISTEMATIZACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En las instituciones que proporcionan servicios de salud, incluso cuando tienen magníficos planes, una estructura organizacional adecuada y una gestión eficaz, es necesario utilizar instrumentos de control que permitan verificar la situación real de la institución en un momento dado y el informe si las actividades se presentan según las normas establecidas, con las instrucciones emitidas y con los principios establecidos.

Por esta razón, el control de registro de beneficios para la salud y los gastos generados es un instrumento invaluable para la toma de decisiones y para la evaluación y control de las actividades realizadas en el Seguro Integral de Salud (SIS), ya que permite la identificación de debilidades y errores de las acciones emprendidas y apreciar el cumplimiento de los propósitos y políticas fijadas previamente, a fin de determinar las desviaciones y aplicar las medidas correctivas. El Seguro Integral de Salud como Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud, realiza la formulación y programación para cada período fiscal un presupuesto de ingresos y gastos, para proporcionar la disponibilidad de recursos financieros para cada uno de los establecimientos que sean unidades ejecutoras, para cubrir la distribución económica de ese período. Sin embargo, en la búsqueda de un mayor retorno sobre los recursos, es necesario que los beneficios y los gastos generados por estos servicios lleven a cabo manteniendo un equilibrio entre ellos.

En el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica, debido a la alta rotación, cambio de personal y normas institucionales, es difícil hacer un balance adecuado entre los gastos generados por los beneficios para la salud y los presupuestos adicionales que deben ser tenidos, según la unidad descentralizada Regional (UDR) Huancavelica la salud beneficios en 2014 tiene un valor de S/. 6,209,979.41; sin embargo, debido a los fallos del registro de prestaciones de salud 1298 FUAs observadas, los presupuestos adicionales será S/. 4,986,524.78 tener una pérdida de S/. 1,223,454.63 que no será reembolsado. En el año 2015, el FUAs observadas fueron de 1918, que generó una pérdida de S/. 850,288.67.

Esta situación complica el presupuesto de la Huancavelica Hospital departamental y el

estado debe asignar recursos a diferentes programas, empresas, instituciones, diseñados para satisfacer las necesidades de la comunidad y promover la armonía económica y desarrollo social de todos los sectores del país. En este sentido, es importante establecer fallas específicas que generan pérdidas año tras año dentro de los registros de beneficios para la salud.

La tarea de los profesionales de la salud no termina después de atender a sus pacientes, pero su trabajo también consiste en llenar la historia clínica y el formato único de atención (FUA). Sin embargo, este trabajo no se está haciendo bien por los profesionales, dañando así el establecimiento de salud en el presupuesto recibido del seguro de salud integral (SIS). A pesar de estos errores, el SIS garantiza el 80% del presupuesto asignado a la unidad ejecutora, que se dan por adelantado. Pero el problema es con el presupuesto adicional, que puede ser reducido y afecta incluso las metas que deben cumplirse con miras a la futura cantidad a recibir.

Teniendo en cuenta los problemas mencionados sobre la realidad problemática de los registros de los beneficios y los gastos de reemplazo en el seguro de salud integral, se llevó a cabo la siguiente investigación se han planteado las siguientes preguntas de investigación:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Qué relación existe entre el registro de prestaciones de salud y la incidencia en el presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Qué relación existe entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de medicamentos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016?
2. ¿Qué relación existe entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016?
3. ¿Qué relación existe entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de procedimientos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital

Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Establecer la correlación entre el registro de prestaciones de salud y el presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Calcular la relación que existe entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de medicamentos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016.
2. Indicar la relación que existe entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016.
3. Identificar la relación que existe entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de procedimientos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Justificación teórica

En todas las instituciones, sean públicas o privadas, una evaluación económica es necesaria. Esta situación es mucho más relevante en una institución de salud del estado, porque la gestión de los recursos económicos debe hacerse con mucho cuidado. Sin embargo, el presupuesto del seguro de salud integral tiene deficiencias, como no corresponde a la realidad de los beneficios para la salud y los gastos, dando lugar a un déficit presupuestario que surge de la necesidad de recurrir a créditos adicionales y traslados de objetos y subpartidas para poder seguir funcionando, proporcionando beneficios para la salud. A través de esta investigación usted tendrá un conocimiento exacto de los beneficios hechos y los errores en los que dio origen al déficit presupuestario.

1.4.2. Justificación práctica

Es necesario analizar periódicamente el proceso de registro de beneficios para la salud y los gastos generados por este servicio para saber si la inversión y el gasto de los recursos son adecuadamente organizados, dirigidos y coordinados. Además, con la ejecución de este trabajo de investigación, se pretende ofrecer una contribución a los establecimientos de salud en el proceso implicado en el desarrollo de una evaluación en relación con el registro de los beneficios y los gastos que genera, por lo que la gestión y el tratamiento pueden ser dado, que debe darse a los ingresos y gastos en las entidades de salud pública de nuestro país. Los resultados que esta investigación se guiará el entrenamiento del personal de salud sobre el uso de medicamentos, personal y registro de los beneficios para la salud según las normas emitidas por el estado y el seguro de salud integral.

1.4.3. Justificación metodológica

Los procesos seguidos en esta investigación servirán para realizar otras investigaciones similares dentro de otros ámbitos. Además, se aporta con instrumentos que cuentan con validez y confiabilidad.

1.4.4. Justificación social

La investigación será capaz de demostrar el manejo de fondos económicos del seguro Salud Integral con el cual la institución podrá establecer estrategias de solución dirigida a ofrecer un mejor servicio en la atención de la población y a aumentar la cobertura a poblaciones que carecen de este servicio.

1.4.5. Justificación de conveniencia

Este estudio es importante porque le permitirá obtener el título profesional, además de ser parte del Hospital Departamental Huancavelica estoy preocupado por los problemas que surgen en él, y a través de esta investigación el trabajo se hace conocido sobre la calidad del registro de salud beneficia a que es un problema institucional.

1.5. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

- **Delimitación de tiempo.** La presente investigación se inició en el mes de junio de 2016 y terminó en el mes de julio de 2018.

- **Delimitación de espacio.** La recogida de datos se hizo dentro del establecimiento del Hospital Departamental Huancavelica.
- **Delimitación respecto de la unidad de estudio.** Como unidad de estudio se tomó en cuenta a las prestaciones de salud registradas en el FUA y el SIASIS.
- **Delimitación teórica.** Se tomó en cuenta como base teórica para esta investigación la Teoría de la contabilidad financiera.
- **Delimitación de conceptos.** Los conceptos desarrollados para la presente investigación son el registro de las prestaciones de salud y el presupuesto.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. Internacionales

Fajardo (2015) presentó los siguiente resultados: En el coeficiente de inversión del presupuesto total, entre 2009 y 2011 hay una relación creciente en el porcentaje que va de 1.1% a 32% en estos tres años, para entonces caer abruptamente al 1,27% en 2014, con el cual se presume que no hay ninguna línea constante de la inversión en mejoras internas y externas que contribuyen a los procesos de atención, compra de medicinas, o renovación de equipamiento y otras inversiones en activos fijos que son comunes en los grandes hospitales públicos y privados. Promedio diario total consultas (2014) = 93486 consultas / 44 medicos en total = 2125 consultas, dando un promedio de 8,85 consultas diarias o 9 por médico. El presupuesto de más de tres años ha crecido de 2013 a 2015 por sólo el 6%, con costos de personal y gastos actuales con más peso de este crecimiento 105% y 27% en estos tres años. Ha aumentado la incidencia del gasto en personal para representar tres cuartas partes o 76% del presupuesto, si añades el 17% de los bienes de consumo y servicios, sólo 7% quedan en 2015, 2014 estos dos elementos llegó a representar el 96% del presupuesto.

Sabartés (2013) menciona los siguientes resultados: La implementación de registros electrónicos de salud en un centro de salud requiere una metodología de trabajo correcta. En el proceso de implementación de historia clínica electronica, es esencial tener en cuenta los factores clave. La información clínica debe recopilarse de manera estructurada. Es esencial contar con informes de monitoreo para administrar y explotar datos clínicos, económicos y administrativos a fin de respaldar la toma de decisiones. El acceso debe ser instantáneo, desde cualquier punto y por varios usuarios al mismo tiempo. La información siempre debe estar disponible independientemente de dónde y cuándo ocurrió. El control de acceso, los perfiles de usuario y la trazabilidad que garantizan la seguridad y confidencialidad de la información clínica es un requisito ineludible. A partir de los resultados obtenidos, se puede observar que la implementación del Registro Electrónico de Salud ha reducido los espacios físicos y disminuido los recursos humanos para el manejo de la

documentación clínica. La historia clínica electrónica garantiza la preservación de la información en un formato apropiado.

Mahillo (2011) encontró los siguientes resultados: Los registros clínicos en el Área Clínica de Podología tiene un nivel promedio de cumplimiento de 76,59% para los criterios considerados. El 57% de los registros médicos se consideran buenos o muy buenos (> 75%), según la clasificación elegida. Los criterios tienen un porcentaje promedio de finalización de 74,82%. De los 28 criterios evaluados, 14 exceden los estándares considerados adecuados (> 75%), es decir, el 50% de los criterios se consideran malos o mejorables. Los criterios más valorados son los datos demográficos y de filiación, con un nivel medio de finalización del 96,78%. La mayoría están registrados por el personal de recepción en formato electrónico. El 56% de los diagnósticos registrados están compatibles con los sistemas de codificación (CIE 9, CIE 10), el 34% necesitaría propuestas de subclasificación, especificación o modificación que los haga compatibles con la codificación CIE, y el resto, 10% no ha podido ser clasificado. Destacamos entre las causas que motivan la falta de finalización: los vacíos en el formato de la historia clínica, la ignorancia o la falta de estándares, la falta de conocimiento de los profesionales, el cuidado inadecuado del ambiente y la información superior del pacientes.

2.1.2. Nacionales

Hernández (2014) encontró los siguientes resultados: Los resultados en el análisis considerando la afiliación SIS sugieren cambios favorables para persona de sexo femenino, menores, adultos mayores, Quechua - hablantes de Aymara, habitantes de la región selva. La reducción en la probabilidad de afiliación a las personas en la pobreza fue identificada por 2013. Esto es importante porque la reducción en el acceso al SIS de los segmentos pobres de la población es contraria a la política de aseguramiento universal en el Perú. Por lo tanto, podría ser visto como un efecto negativo sobre la eficacia de la seguridad pública y debe conducir a un mayor fortalecimiento de las acciones del SIS y otras instituciones que favorezcan el aseguramiento Universal en salud. Al analizar el efecto sobre el acceso a servicios de salud del SIS afiliados por nivel socioeconómico, permitió identificar diferencias importantes en el acceso a los hospitales del Ministerio de salud.

siendo significativa para facilitar el acceso de personas no pobres. Teniendo en cuenta

las tres regiones naturales que conforman el Perú, se demostró que la residencia en la sierra y la selva tiene un efecto positivo en el acceso a los servicios de salud del MINSA. Es importante tener en cuenta que no es sólo sobre el aumento del número de personas aseguradas, ya que este sólo no podría causar un aumento de la carga financiera de las Instituciones que administran Fondos de Salud, sino también una disminución en calidad de servicios. Además, si la capacidad operacional de la Seguridad Social pública no aumenta proporcionalmente al aumento de la demanda, el problema de saturación de la Seguridad Social peruana se agravará.

Portocarrero (2010) reporto los siguientes resultados: El aseguramiento en Apurímac fue de 82% a 87%. Este crecimiento seguro es consistente con la reducción de la barrera económica que se expresa en la ENAHO en la reducción de 'no tenía dinero' como una razón para no acceder a los servicios de salud de 26,7% a 7,9%. En el balance anual se aprecia que el financiamiento por asegurado ha ido en aumento. Si usted toma sólo las transferencias del SIS, crece a partir de S /. 25,30 a S /. 49,57 de soles entre 2007 y 2010. Si consideramos el total de la financiación dirigida a gastos corrientes, recibidos por la región para la salud, el per cápita va desde S /. 163,04 a S /. 258,21 soles. El aumento de la afiliación a SIS también ha conducido a un crecimiento de la demanda del cuidado por el asegurado. Los afiliados / la proporción de atenciones, que en el promedio ha sido mantenida alrededor de 4 atenciones por asegurado, sin embargo, el comportamiento de la concentración ha sido de enfrente para los casos de la red en Abancay donde bajo de 4,5 a 3,9 que en Andahuaylas donde esto fue de 3,2 a 4,5 hospitalidad media por miembro. El tratamiento del profesional es 'bueno' es la categoría que se destaca entre el SIS asegurado con más de 79% y más del 70% entre los no asegurados. En la comparación año a año entre asegurados y asegurados, debe reconocerse que siempre tuvo más peso para el asegurado, sin embargo, para los asegurados SIS si la suma 'Muy bueno' con 'Buena' desciende de 92% a 83% entre el 2007 y 2010, mientras que para los no asegurados el porcentaje ha crecido en el mismo período del 88% al 94%.

2.2. BASES TEÓRICAS

Teoría de la contabilidad financiera

La teoría de la contabilidad financiera se centra en el "por qué" de la contabilidad: las razones por las cuales las transacciones se informan de ciertas maneras.

Incertidumbre y asimetría de información. Un factor clave de la contabilidad implica la transmisión de información financiera a cualquier persona que pueda necesitar la información. Estos usuarios luego usan esta información contable para tomar decisiones comerciales y de inversión. Sin embargo, para tomar decisiones adecuadas, la información que se proporciona debe ser confiable y relevante.

En los informes financieros, comúnmente encontramos un fenómeno llamado asimetría de información. Esta es una situación en la que una parte tiene más o menos información que otra parte.

En un mundo ideal, la economía se caracterizaría por mercados perfectos con una falta de asimetría de la información. Se podría decir que los estados financieros emitidos por las compañías son 100% relevantes y 100% confiables. Relevante en el hecho de que la información demostrará ser útil para los usuarios externos, y confiable en el hecho de que estarán completamente libres de prejuicios o errores.

La lección aquí es que en el mundo en el que vivimos hoy, debemos ser conscientes del hecho de que ningún conjunto de estados financieros es 100% confiable y 100% relevante. En la contabilidad y en los mercados de hoy en día, siempre habrá una compensación entre fiabilidad y relevancia.

Oferta y demanda de información contable. La existencia de asimetría de información crea una oferta y demanda de informes financieros. La información financiera es la preparación de la información sobre la entidad que informa y la transmisión de esa información de aquellos que la tienen (suministro) a quienes la necesitan (demanda).

Proveedores de información contable se refieren a los contadores y al organismo que produce los estados financieros.

Aquellos que exigen la información se refieren a usuarios internos / externos que requieren esa información para tomar decisiones de inversión.

El propósito de la información financiera. Aunque el objetivo específico y el propósito de la información financiera pueden ser diferentes para los diferentes organismos contables, el tema general es muy similar.

El objetivo de los informes financieros es "proporcionar información financiera sobre la entidad que informa que sea útil para los inversores, prestamistas y otros acreedores existentes y potenciales al tomar decisiones sobre la provisión de recursos a la

entidad. Esas decisiones implican comprar, vender o mantener instrumentos de capital y de deuda, y proporcionar o liquidar préstamos y otras formas de crédito".

Teoría de la contabilidad financiera positiva. Dado el mercado no ideal en el que vivimos hoy, es natural que la administración aproveche esta asimetría de la información.

Aunque las percepciones de las empresas son importantes, a los gerentes a menudo les preocupan principalmente las formas de maximizar sus beneficios y su compensación. Esto se conoce comúnmente como administración de ganancias; los esfuerzos de la administración para sesgar la información financiera de una forma u otra.

Por lo tanto, existe una teoría llamada teoría de contabilidad positiva que trata de comprender las motivaciones del gerente, las elecciones de política contable y las reacciones a diferentes estándares de contabilidad.

Ley de valores y teoría de la contabilidad financiera. Los reguladores de valores de todo el mundo son plenamente conscientes de este fenómeno de asimetría de la información en nuestra economía y han adoptado medidas para proteger a los inversores.

Un ejemplo de una medida específica es cuando estas leyes establecen "períodos de interrupción" en los que individuos en administración y otras personas con acceso a más fuentes de información no pueden comprar o vender acciones de la compañía porque tienen una ventaja de información sobre los usuarios que solo tiene acceso a los estados financieros.

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

2.3.1. REGISTRO DE PRESTACIONES DE SALUD

Un registro de prestaciones de salud es un elemento de información de la salud que se centra principalmente en las necesidades administrativas de los hospitales. En muchas instituciones, un registro de prestaciones de salud es un sistema de información completo e integrado diseñado para administrar todos los aspectos relacionados con los servicios de salud, como problemas médicos, administrativos, financieros y legales, y el correspondiente procesamiento de servicios (Lamata, 2008).

Es el registro de salud personal es la información médica que necesitan las personas para tomar decisiones de salud (PRHIMA, 2018).

El registro de las prestaciones de salud tiene el potencial de ayudar a transformar el sistema de salud. Al proporcionar una mejor percepción a los pacientes, proveedores y creadores de políticas sobre la aplicación apropiada de intervenciones y la calidad y los costos de la atención, estos datos ofrecen la oportunidad de acelerar el progreso en las seis dimensiones de atención de calidad: seguro, eficaz, centrado en el paciente, oportuno, eficiente y equitativo.

El registro de las prestaciones de salud sirve para administrar e impulsar mejoras en la atención y para el marketing de atención médica (PRHIMA, 2018).

El registro de las prestaciones de salud impulsa la recopilación de estos datos y el acceso a estos datos para nuevos conocimientos clínicos; reflexiona sobre qué tan bien se usan estos datos y las principales barreras para un uso más amplio; y centra la atención en cómo los datos clínicos de todas las fuentes, tanto públicas como privadas, podrían ser más útiles para monitorear la efectividad de la atención en salud (PRHIMA, 2018).

Tener datos de alta calidad en el momento correcto es fundamental para rastrear y medir la mejora de los resultados. Sin embargo, los métodos de recopilación de datos que utilizan la mayoría de las organizaciones de atención de salud son ineficaces, administrativamente onerosos y es probable que produzcan errores.

La arquitectura del sistema de información del hospital tiene tres niveles principales: nivel de gobierno central, nivel de territorio y nivel de carga de pacientes. En general, todos los tipos de sistema de información hospitalaria deben ser compatibles con las arquitecturas cliente-servidor para la creación de redes y el procesamiento (Álvarez & Faizal, 2013).

El Sistema de información del hospital es una iniciativa diseñada para mejorar el acceso a la información del paciente a través de un sistema central de información electrónica. El objetivo de Sistema de información del hospital es optimizar el flujo de información del paciente y su accesibilidad para los médicos y otros proveedores de atención médica. Estos cambios en el servicio mejorarán la calidad de la atención del paciente y la seguridad del paciente a lo largo del tiempo (Álvarez & Faizal, 2013).

El paciente lleva el un sistema registra sobre su estado de salud, los resultados de las pruebas de laboratorio del paciente y la información del médico del paciente. Los médicos pueden acceder fácilmente a la información de la persona, los resultados de las pruebas y las recetas anteriores. La organización del cronograma

del paciente y los sistemas de alerta temprana pueden proporcionarlos los sistemas relacionados (Álvarez & Faizal, 2013).

2.3.1.1. Objetivo de los registros de información

Los sistemas de información hospitalaria proporcionan una fuente común de información sobre el historial de salud del paciente. El sistema debe mantener los datos en un lugar seguro y controlar quién puede alcanzar los datos en ciertas circunstancias. Estos sistemas mejoran la capacidad de los profesionales de la salud para coordinar la atención al proporcionar la información de salud del paciente y el historial de visitas en el lugar y el momento en que se necesita. La información de la prueba de laboratorio del paciente también incluye resultados visuales, como rayos X, que pueden ser accesibles por profesionales. Los registros de información de salud proporcionan comunicación interna y externa entre los proveedores de atención médica (Cosialls, 2000).

El registro de información de salud puede controlar organizaciones (un hospital en este caso), documentos oficiales, informes de situación financiera, datos personales, servicios públicos y cantidades de existencias. El registro de información de salud también se mantiene en un lugar seguro: información de los pacientes, historial médico de los pacientes, prescripciones, operaciones y resultados de pruebas de laboratorio (Asenjo, 2006).

El registro de información de salud puede proteger a las organizaciones, errores de escritura, problemas de exceso de existencias, conflictos de programación de personal y errores de documentación oficial como errores en la preparación de impuestos (Asenjo, 2006).

La administración de sistemas de salud o la administración de sistemas de atención médica describe el liderazgo y la administración general de hospitales, redes de hospitales y/o sistemas de atención médica. En uso internacional, el término se refiere a la gestión en todos los niveles. En los Estados Unidos, la administración de una sola institución (por ejemplo, un hospital) también se conoce como "administración de servicios médicos y de salud", "gestión de la atención médica" o "administración de la salud" (Asenjo, 2006).

La administración de los sistemas de salud garantiza que se logren resultados específicos, que los departamentos de un establecimiento de salud funcionen sin inconvenientes, que las personas adecuadas estén en los puestos adecuados, que las

personas sepan qué se espera de ellos, que los recursos se utilicen de manera eficiente y que todos los departamentos funcionen hacia un objetivo común (Asenjo, 2006).

2.3.1.2. Formato único de atención (FUA)

Es un sistema de información médica utilizado por el personal de salud como una forma de comunicar información importante sobre sus pacientes (procedimientos, medicamentos, insumos, apoyo al diagnóstico), también presenta los datos de inscripción del asegurado que recibe un servicio de salud o una prestación administrativa (Ministerio de Salud Perú, 2013).

2.3.1.3. Atención o prestación de Salud

Es el mantenimiento o la mejora de la salud mediante la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, lesiones y otras discapacidades físicas y mentales en los seres humanos. La atención médica es entregada por profesionales de la salud (proveedores o profesionales) en campos de salud relacionados. La odontología, la obstetricia, la enfermería, la medicina, la optometría, la audiología, la farmacia, la psicología, la terapia ocupacional, la fisioterapia y otras profesiones de la salud son parte de la atención médica. Incluye el trabajo realizado para proporcionar atención primaria, atención secundaria y atención terciaria, así como en salud pública (Editorial CEP, 2016).

La atención primaria se refiere al trabajo de los profesionales de la salud que actúan como primer punto de consulta para todos los pacientes dentro del sistema de atención médica. Tal profesional generalmente sería un médico de atención primaria, como un médico general o un médico de familia. Otro profesional sería un profesional independiente con licencia, como un fisioterapeuta o un proveedor de atención primaria que no sea médico, como un asistente médico o una enfermera practicante. Dependiendo de la localidad, organización del sistema de salud, el paciente puede ver primero a otro profesional de la salud, como un farmacéutico o una enfermera. Dependiendo de la naturaleza de la condición de salud, los pacientes pueden ser derivados para atención secundaria o terciaria (Benavides, 2006).

La atención secundaria incluye atención aguda: tratamiento necesario por un período corto para una enfermedad breve, pero grave, lesión u otra condición de

salud. Esta atención a menudo se encuentra en el departamento de emergencias de un hospital. La atención secundaria también incluye asistencia calificada durante el parto, cuidados intensivos y servicios de imágenes médicas (Martin-Zurro, 2005).

La atención terciaria es atención médica consultiva especializada, por lo general para pacientes hospitalizados y por recomendación de un profesional de la salud primario o secundario, en un centro que cuenta con personal e instalaciones para investigación y tratamiento médico avanzado, como un hospital de referencia terciario (Solorio, 2001).

El acceso a la atención médica puede variar entre países, comunidades y personas, en gran medida influenciado por las condiciones sociales y económicas, así como por las políticas de salud vigentes. Los países y las jurisdicciones tienen diferentes políticas y planes en relación con los objetivos de atención médica personal y basada en la población dentro de sus sociedades. Los sistemas de atención médica son organizaciones establecidas para satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones objetivo. Su configuración exacta varía entre las entidades nacionales y subnacionales. En algunos países y jurisdicciones, la planificación de la atención de salud se distribuye entre los participantes del mercado, mientras que en otros, la planificación se lleva a cabo de manera más central entre los gobiernos u otros organismos coordinadores. En todos los casos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud que funcione bien requiere un mecanismo de financiamiento sólido; una fuerza laboral bien entrenada y adecuadamente remunerada; información confiable sobre la cual basar decisiones y políticas; y servicios de salud y logística bien mantenidos para ofrecer medicamentos y tecnologías de calidad .

La atención médica se considera convencionalmente como un determinante importante para promover la salud física y mental general y el bienestar de las personas en todo el mundo. Un ejemplo de esto fue la erradicación mundial de la viruela en 1980, declarada por la OMS como la primera enfermedad en la historia humana que se eliminó por completo mediante intervenciones deliberadas de atención médica (Mondy & Noe, 2005).

2.3.1.4. Unidad Ejecutora

Área encargada de guiar la ejecución de operaciones orientadas a la gestión de los fondos que administran, conforme a las normativas y procedimientos del Sistema

Nacional de Tesorería y en tal sentido son responsables directas respecto de los ingresos y egresos que administran (Ministerio de Salud Perú, 2013).

2.3.1.5. Seguro Integral de Salud (SIS)

Organismo público dirigido para el aseguramiento de los ciudadanos peruanos que no cuenten con otro seguro de salud vigente. El SIS brinda medicamentos, procedimientos, operaciones, insumos, bonos de sepelio y traslados. El SIS da cobertura a más de 1400 patologías, incluyendo a varios tipos de cáncer (Seguro Integral de Salud, 2018).

Se presentan 4 tipos de SIS (Seguro Integral de Salud, 2018):

- SIS Gratuito: Para pobladores en pobreza extrema, pobreza, madres gestantes, niños, bomberos, entre otros.
- SIS Independiente: Para personas con disposición a pagar por los servicios.
- SIS Microempresas: Dirigido a empresas que quiera afiliara a sus trabajadores.
- SIS Emprendedor: Dirigido a trabajadores independientes que cuenten con trabajadores que dependan de ellos.

Un sistema de salud, también denominado a veces sistema de atención médica o como sistema de atención médica, es la organización de personas, instituciones y recursos que brindan servicios de atención médica para satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones objetivo. Existe una amplia variedad de sistemas de salud en todo el mundo, con tantas historias y estructuras organizativas como naciones. Implícitamente, las naciones deben diseñar y desarrollar sistemas de salud de acuerdo con sus necesidades y recursos, aunque los elementos comunes en prácticamente todos los sistemas de salud son la atención primaria de salud y las medidas de salud pública. En algunos países, la planificación del sistema de salud se distribuye entre los participantes del mercado. En otros, existe un esfuerzo concertado entre gobiernos, sindicatos, organizaciones benéficas, organizaciones religiosas u otros organismos coordinados para prestar servicios de atención médica planificados dirigidos a las poblaciones a las que sirven. Sin embargo, la planificación de la atención médica se ha descrito como a menudo evolutiva en lugar de revolucionaria (Seguro Integral de Salud, 2018).

Los objetivos de los sistemas de salud son una buena salud para los ciudadanos, una respuesta a las expectativas de la población y un medio justo para financiar las

operaciones. El progreso hacia ellos depende de cómo los sistemas llevan a cabo cuatro funciones vitales: la provisión de servicios de atención médica, la generación de recursos, el financiamiento y la administración. Otras dimensiones para la evaluación de los sistemas de salud incluyen calidad, eficiencia, aceptabilidad y equidad. También se han descrito como 'las cinco C': costo, cobertura, consistencia, complejidad y enfermedad crónica. Además, la continuidad de la atención médica es un objetivo principal (Seguro Integral de Salud, 2018).

2.3.1.6. Validación de atención o prestación de salud

La calidad y la seguridad deben ser centrales para la misión de cada proveedor de atención en salud: hospitales, consultorios médicos, servicios de atención domiciliaria, instalaciones ambulatorias y otros entornos. La validación consiste en la implementación de herramientas, estos están orientados a mejorar las condiciones del paciente, medidas preventivas y de control de calidad para reducir los errores de medicación, y listas de verificación para disminuir las complicaciones y lesiones quirúrgicas (Atehortúa, 2005).

La validación de las prestaciones de salud son críticos para la calidad y seguridad del paciente. Llevar un control y validación de las atenciones en salud permite a los médicos coordinar mejor la atención a través del acceso inmediato a datos seguros del paciente. Esto facilita los flujos de trabajo clínicos y las transferencias. También maximiza la calidad clínica a través del soporte de decisiones en tiempo real en los puntos de toma de decisiones. La entrega eficiente de la atención evita pedidos innecesarios y pruebas de diagnóstico, reduce los errores médicos y mejora la calidad, seguridad y salud del paciente (Atehortúa, 2005).

2.3.1.7. Registro Informático

Un registro de salud es la recopilación sistematizada de información de salud almacenada electrónicamente y de pacientes y población en un formato digital. Los registros se comparten a través de sistemas de información conectados a la red, de toda la institución u otras redes e intercambios de información. Los registros informáticos pueden incluir una variedad de datos, que incluyen datos demográficos, historial médico, medicamentos y alergias, estado de vacunación, resultados de pruebas de laboratorio, imágenes de radiología, signos vitales, estadísticas personales como edad y peso. Los registros informáticos están

diseñados para almacenar datos con precisión y capturar el estado de un paciente a lo largo del tiempo. Rastrear los registros médicos del paciente ayuda a garantizar que los datos sean precisos y legibles. Puede reducir el riesgo de replicación de datos ya que solo hay un archivo modificable, lo que significa que el archivo está más actualizado y disminuye el riesgo de pérdida de documentación (Tejero, 2004).

2.3.1.8. Normas de Validación

Según el Seguro Integral de Salud (2013) Son técnicos que se siguen del registro correcto, bajo estándares de calidad de atención, oportunidad e integralidad de acuerdo con las normas vigentes que deben cumplir los servicios financiados:

- **Reglas de validación automática.** Compatible con las normas aplicadas por la aplicación informática web SIASIS de forma automática a todos los servicios identificados utilizando algoritmos previamente establecidos.
- **Reglas de validación de la Supervisión Médica Electrónica.** Conjunto de reglas que son aplicadas por un profesional médico de la UDR (Unidad Descentralizada Regional del SIS) y GMR Centro Medio (GMRCM) autorizado por la GREP.

2.3.1.9. Prestaciones que presentan observación

Para el Ministerio de Salud Perú (2015) corresponde a las atenciones de salud que no han superado al menos uno de los estándares establecidos por las reglas de validación, que se identifica por un código de observación. Estas atenciones de salud pueden ser considerados si cuentan con el apoyo adecuado del profesional de la salud.

Las atenciones que presentan errores pueden ser de dos tipos:

- **Prestaciones de salud observadas parciales,** Corresponde a los servicios a los que se observa algún consumo (producto farmacéutico, dispositivo médico o producto y / o procedimiento sanitario). El servicio que presenta error no es financiado por el SIS. Se aplica a servicios que corresponden al tipo de pago por consumo (Ministerio de Salud Perú, 2015).
- **Prestaciones de salud observadas totales,** Corresponde al servicio de salud que presenta error en su totalidad y que, por lo tanto, no está financiado por el

SIS. Se aplica a los servicios de salud con tipo de pago por consumo y tarifa (Ministerio de Salud Perú, 2015).

2.3.2. PRESUPUESTO

Un presupuesto es una estimación de ingresos y gastos durante un período de tiempo futuro específico; es compilado y reevaluado periódicamente. Se pueden hacer presupuestos para una persona, una familia, un grupo de personas, un negocio, un gobierno, un país, una organización multinacional o cualquier otra cosa que genere y gaste dinero. En empresas y organizaciones, un presupuesto es una herramienta interna utilizada por la administración y, a menudo, no es necesaria para la presentación de informes por parte de terceros (Betancur, 2011).

El proceso comienza estableciendo supuestos para el próximo período presupuestario. Estas suposiciones están relacionadas con las tendencias de ventas proyectadas, las tendencias de los costos y las perspectivas económicas generales del mercado, la industria o el sector. Se abordan y monitorean los factores específicos que afectan los gastos potenciales. El presupuesto se publica en un paquete que describe los estándares y procedimientos utilizados para desarrollarlo, incluidos los supuestos sobre los mercados, las relaciones clave con los proveedores que ofrecen descuentos y las explicaciones sobre cómo se realizaron ciertos cálculos (Betancur, 2011).

El presupuesto de ventas suele ser el primero en desarrollarse, ya que los presupuestos de gastos posteriores no pueden establecerse sin conocer los flujos de efectivo futuros. Los presupuestos se desarrollan para todas las diferentes subsidiarias, divisiones y departamentos dentro de una organización. Para un fabricante, a menudo se desarrolla un presupuesto separado para materiales directos, mano de obra y gastos generales (Ayuso, Barrachina, & Garrigos, 2011).

Todos los presupuestos se acumulan en el presupuesto maestro, que también incluye los estados financieros presupuestados, las previsiones de entradas y salidas de efectivo y un plan de financiación general. En una corporación, la alta dirección revisa el presupuesto y lo envía para aprobación al consejo de administración (Ayuso et al., 2011).

Un presupuesto pronostica los resultados financieros y la posición financiera de una empresa por uno o más períodos futuros. Un presupuesto se utiliza para fines de planificación y medición del rendimiento, lo que puede implicar gastos en

activos fijos, lanzamiento de nuevos productos, capacitación de empleados, establecimiento de planes de bonificación, control de operaciones, etc. En el nivel más mínimo, un presupuesto contiene un estado de resultados estimado para períodos futuros. Un presupuesto más complejo contiene un pronóstico de ventas, el costo de los bienes vendidos y los gastos necesarios para respaldar las ventas proyectadas, las estimaciones de los requisitos de capital de trabajo, las compras de activos fijos, un pronóstico de flujo de efectivo y una estimación de las necesidades de financiamiento. Esto debe construirse en un formato descendente, por lo que un presupuesto maestro contiene un resumen de todo el documento del presupuesto, mientras que los documentos separados que contienen presupuestos de apoyo se acumulan en el presupuesto maestro y brindan detalles adicionales a los usuarios. Muchos presupuestos se preparan en hojas de cálculo electrónicas, aunque las empresas más grandes prefieren utilizar un software específico para el presupuesto que esté más estructurado y, por lo tanto, sea menos propenso a contener errores de cómputo. Un uso principal del presupuesto es como una línea base de desempeño para la medición de los resultados reales. Puede ser engañoso hacerlo, ya que los presupuestos suelen volverse cada vez más imprecisos con el tiempo, lo que genera grandes variaciones que no tienen ninguna base en los resultados reales. Para reducir este problema, algunas empresas revisan periódicamente sus presupuestos para mantenerlos más cerca de la realidad, o solo presupuestan por unos pocos períodos en el futuro, lo que da el mismo resultado. Otra opción que elude los problemas presupuestarios es operar sin un presupuesto. Hacerlo requiere un pronóstico continuo a corto plazo a partir del cual se puedan tomar decisiones comerciales, así como también medidas de desempeño basadas en lo que está logrando un grupo de pares (Ayuso et al., 2011).

2.3.2.1. Características del presupuesto

Hay muchos elementos en el presupuesto de un hospital que los administradores deben considerar detenidamente:

- a) Márgenes de operación. ¿Deben los márgenes ser pequeños o más grandes para permitir gastos de emergencia? Los grandes márgenes pueden significar que el dinero no se usa activamente para mejorar la atención y los servicios del paciente. Los márgenes demasiado delgados pueden significar dificultades en el hospital en caso de emergencias o una afluencia repentina de números de

pacientes. En algunos casos, puede determinar los márgenes mirando los presupuestos y gastos pasados (Keenan, 2018).

- b) Pacientes. Los presupuestos globales dan pagos a tanto alzado, por lo que, teóricamente, un hospital obtendría la misma cantidad de fondos independientemente de cuántos pacientes sean tratados. Sin embargo, incluso cuando a los hospitales se les otorga dinero a través de presupuestos globales, la cantidad de pacientes aún afecta los costos, los gastos y las necesidades presupuestarias. La predicción del número de pacientes observando la población local y los números anteriores de pacientes pueden ayudar a decidir cuántas camas de hospital y servicios médicos necesitará el hospital en los próximos meses (Horngren, Sundem, & Stratton, 2007).
- c) El aspecto comercial de los hospitales. Los presupuestos deben considerar la entrada de dinero, incluida la recaudación de fondos y los ingresos, así como los gastos por departamento, por servicio y por cama. Así como todas las empresas miran de cerca el flujo de caja, los hospitales también deben considerar la entrada y salida de dinero (Mora, 2003).
- d) La misión. La mayoría de los hospitales tienen declaraciones de misión. Un presupuesto debe alinearse bien con esta declaración de misión y ayudar al hospital a cumplir con su mandato (Jiménez, 2000).
- e) Historia. El presupuesto de este año probablemente no se parecerá al presupuesto del año pasado, pero el año pasado puede ser un buen punto de partida. ¿Dónde el presupuesto ahorró dinero el año pasado? ¿Dónde falló el presupuesto? Mire de cerca las fallas para evitar cometer los mismos errores otra vez. Si algunos equipos médicos no fueron reemplazados por razones presupuestarias, pero el equipo más antiguo causó un aumento en el mal funcionamiento, diagnósticos erróneos y otros problemas, la decisión presupuestaria puede haber costado al hospital miles de dólares en nuevas pruebas y horas adicionales de personal además de potencialmente causar un riesgo a los pacientes. Es importante tener esa información a mano cuando se diseña el plan de gastos de este año (Jiménez, 2000).
- f) Los costos de no hacer nada. Los administradores del hospital generalmente prestan mucha atención a los artículos costosos, como ampliar un departamento o construir un nuevo quirófano. Pero los costos de no hacer nada también pueden tener un gran impacto en el presupuesto. Por ejemplo, decidir

no ampliar la cantidad de personal -aun cuando la demanda de servicios crezca- puede provocar malestar en los pacientes, reducción de la atención, personal frustrado y mayores gastos (Mendoza, 2002).

- g) Tecnología. Los hospitales siempre invierten en nuevos equipos médicos y tecnología, lo que puede representar un gasto significativo en los presupuestos. Al crear un presupuesto para suministros y equipos médicos, es importante tener en cuenta los costos totales, incluidos el mantenimiento, la instalación, la capacitación y los costos relacionados. El equipo, sin embargo, es una oportunidad para ahorrar dinero. Los hospitales pueden optar por comprar equipos nuevos, pero en muchos casos pueden ahorrar dinero alquilando equipo médico o comprando equipos remanufacturados o usados (Acosta, 2018).
- h) Departamentos productores de ingresos. Aunque los hospitales son entidades sin fines de lucro, algunos departamentos producen ingresos, ya que no todos los servicios en un hospital están cubiertos por planes de salud provinciales. Las cirugías y tratamientos opcionales, como los procedimientos cosméticos realizados en un centro de salud, son rentables. Muchos hospitales también participan en actividades de recaudación de fondos o usan tiendas de regalos y otros servicios en el lugar para generar algunos ingresos. Los hospitales también pueden obtener ingresos de pacientes no asegurados que no están cubiertos por ningún plan de salud. Los presupuestos deben considerar estas formas de flujo de efectivo.
- i) Sueldos y apoyos del médico. A medida que los médicos se agregan a un hospital y el hospital trabaja para atraer especialistas y retener a profesionales médicos, es probable que el reembolso de los médicos siga representando uno de los segmentos más grandes de la mayoría de los presupuestos hospitalarios. Las pensiones, los beneficios y los sueldos del personal del hospital pueden representar uno de los gastos más importantes de cualquier presupuesto del hospital (Gimeno & Tamayo, 2012).
- j) Cambios. Las revisiones mayores, como cambiar la misión de un hospital o intentar agregar un ala nueva, pueden desequilibrar un presupuesto. Es posible que deba agregar una parte separada del presupuesto si su hospital está realizando la transición a un hospital infantil, a un hospital docente o a un departamento (Gimeno & Tamayo, 2012).

- k) **Inflación.** Los costos de la atención médica siempre aumentan, como lo señalan a menudo los profesionales de la salud y los políticos. Cuando se analizan los costos fijos, especialmente, es importante tener en cuenta los crecientes gastos para garantizar que un plan de gastos refleje los precios actuales (Gimeno & Tamayo, 2012).
- l) **Servicios.** Es posible que los hospitales tengan que cortar los servicios u opciones para cumplir los objetivos presupuestarios. En estas situaciones, es útil preguntar "¿Es esto necesario?" En lugar de recortar el 20% de uno o dos departamentos, por ejemplo, los administradores del hospital podrían preguntar si sacar un servicio por completo podría ser una mejor solución (Gimeno & Tamayo, 2012).
- m) **Fuentes externas de apoyo.** Los hospitales en Canadá a veces pueden remitir a los pacientes a clínicas u otras fuentes de atención médica, lo que reduce la necesidad de servicios hospitalarios. Muchos hospitales también se asocian con organizaciones sin fines de lucro, programas gubernamentales y comunidades para mejorar la salud general en una comunidad. En algunos casos, estos programas están destinados a mejorar los resultados de los pacientes y el número de ingresos hospitalarios de los pacientes, lo que a su vez puede afectar los gastos hospitalarios. Por ejemplo, un hospital puede participar en un programa para dejar de fumar en la comunidad. Esto puede significar un gasto inmediato, pero con el tiempo puede reducir el número de pacientes ingresados debido a afecciones relacionadas con el hábito de fumar. La participación externa debe considerarse en cualquier presupuesto, ya que puede aumentar los costos hoy, pero potencialmente reducir los costos en el futuro (Gimeno & Tamayo, 2012).

2.3.2.2. Cómo presentar el presupuesto

Una vez que escribe el presupuesto, comienza el trabajo más difícil: presentando el presupuesto y logrando que todos en la comunidad del hospital apoyen y sigan el plan de gastos (Selmer, 2002).

Un presupuesto es un documento activo, y es muy importante. El financiamiento puede basarse en los presupuestos: las autoridades sanitarias provinciales y regionales analizarán los presupuestos anteriores de un hospital para determinar los niveles de financiación. De hecho, las autoridades de salud no tienen en cuenta la

demanda o el número de pacientes al tomar decisiones de financiación, en la mayoría de los casos, por lo que el presupuesto de este año puede tener un gran impacto en la financiación en unos pocos años (Selmer, 2002).

La presentación de planes de presupuesto hospitalarios también es importante por razones departamentales. Los departamentos pueden sentir que merecen más del presupuesto de lo que reciben. Los jefes de departamento también pueden verse en una posición difícil debido a los cambios presupuestarios. Si se informa a un departamento quirúrgico que su presupuesto ha disminuido en un 10%, el jefe de ese departamento podría tener que tomar algunas decisiones difíciles acerca de dónde se tomará ese dinero, ya sea una reducción en compensación o personal, o un recorte en suministros médicos y equipo. La comunicación abierta y el soporte pueden ayudar a los departamentos a realizar cualquier transición necesaria (Selmer, 2002).

De hecho, presentar el presupuesto de una manera que fomente la comunicación es importante. Al hablar sobre el presupuesto, es importante enfatizar los objetivos financieros y los éxitos de los departamentos específicos. Cuantificar cómo un presupuesto ayudará a un departamento a cumplir con sus esfuerzos puede ser de gran ayuda para resolver cualquier diferencia de opinión sobre el presupuesto en sí. Si la comunidad hospitalaria reconoce que los cambios en el presupuesto o un presupuesto actual los ayudarán a hacer su trabajo o ayudarán a producir buenos resultados, es posible que acepten más el plan. Planifique esta conversación y tenga los números para respaldar el presupuesto. Esté preparado para escuchar las preocupaciones, también, y encuentre soluciones cuando sea posible (Selmer, 2002).

Un buen plan de gastos debería usar el lenguaje que los departamentos, gerentes y administradores de hospitales necesitan ver. Esto podría significar incluir una sección en el presupuesto para mostrar cómo el plan de gastos ayudará a los pacientes, reducirá los costos o ambos. Puede significar agregar una sección sobre otros hospitales y sus éxitos, con una explicación de cómo el presupuesto actual ayudará al hospital a obtener buenos resultados similares (Selmer, 2002).

2.3.2.3. El presupuesto del hospital

La planificación del presupuesto hospitalario es una cosa, pero todos los administradores saben que la prueba real viene después de que se aprueba el

presupuesto. Incluso el mejor presupuesto no es muy útil si un hospital rutinariamente revisa los costos. Hay algunas formas de mejorar las posibilidades de que un presupuesto no solo se apruebe, sino también (Montaño, 2014):

- a) **Practique los mejores sistemas de presupuestos hospitalarios posibles.** Un buen presupuesto para los hospitales significa tratar el presupuesto como un plan factible. El plan debe reconocer las inquietudes y necesidades del personal y los especialistas del hospital, así como de los pacientes.
- b) **Mantener un enfoque holístico.** En lugar de crear presupuestos separados para cada departamento, puede ser útil considerar primero los costos generales y luego considerar los costos por departamento. Esto puede hacer que sea más fácil ver cómo el hospital está gastando dinero en general. También puede ayudar a tener una "línea de fondo" para referirse a cuando se realizan solicitudes adicionales de financiación.
- c) **Mire más allá del presupuesto.** Del mismo modo que los administradores pueden adoptar un enfoque de tratamiento holístico, puede ser útil para ellos tratar el proceso de presupuestación del hospital y su posición global de manera integral. Los administradores de hospitales exitosos a menudo son un éxito precisamente porque miran más allá de los límites de su trabajo. Además de hacer un presupuesto para los hospitales, podrían tomarse el tiempo para conocer al personal del hospital, hablar con los pacientes y participar en campañas de reclutamiento o recaudación de fondos. Comprender más acerca de la comunidad hospitalaria en general ayuda a la administración a comprender las necesidades financieras actuales. Los administradores que realmente entienden su hospital tienen una idea de los cambios que deben hacerse al presupuesto.
- d) **Acércate a la mayoría de los gastos como costos fijos.** Incluso los costos variables se pueden tratar esencialmente como costos fijos estableciendo un límite al gasto o determinando cuánto se gasta en un gasto variable, en promedio. Esto hace que sea más fácil planificar a largo plazo y mantenerse dentro del presupuesto.
- e) **Cuantifica los resultados.** Es casi imposible saber qué tan bien está haciendo un hospital financieramente sin controles frecuentes. ¿Cuál es la tasa de éxito para los pacientes? ¿Cuánto se gasta por cama de hospital? Por paciente? ¿Por día? ¿Qué departamentos están generando la mayor cantidad de resultados o

produciendo la mejor tracción para recaudar fondos? ¿Cuántos departamentos se ajustan a su presupuesto? ¿Por qué algunos departamentos no pueden seguir su plan de gastos? Mirar de cerca y hacer muchas preguntas es una parte tan importante del trabajo como crear un presupuesto impreso brillante. Tal vez hacer preguntas es incluso más importante que analizar los números. Las preguntas pueden ayudar a identificar problemas con el presupuesto actual, lo que puede afectar las conversaciones con las autoridades sanitarias regionales o provinciales, así como con los presupuestos futuros.

- f) **Reduzca el robo, la pérdida y otros asesinatos de presupuesto.** La pérdida y el robo de equipo médico pueden resultar en pérdidas considerables por cama cada año, en promedio. Un sistema de seguimiento de activos puede reducir pérdidas y robos al tiempo que ayuda al personal del hospital a localizar equipos rápidamente. La reducción de pérdidas e ineficiencias significa que los administradores tienen más dinero para gastar en gastos importantes.

2.3.2.4. Métodos de presupuesto

La siguiente lista resume los aspectos y desventajas clave de cada tipo de modelo de presupuesto (Juma'h., 2015):

- a) **Presupuesto estático.** Esta es la forma clásica de presupuestación, donde una empresa crea un modelo de resultados esperados y posición financiera para el próximo año, y luego intenta forzar los resultados reales durante ese período para que se alineen con el modelo de presupuesto lo más cerca posible. Este formato de presupuesto generalmente se basa en un solo resultado esperado, que puede ser extremadamente difícil de lograr. También tiende a introducir una gran rigidez en una organización, en lugar de permitirle reaccionar rápidamente a los cambios en curso en su entorno.
- b) **Presupuesto de base cero.** Un presupuesto de base cero implica determinar qué resultados desea la administración y desarrollar un paquete de gastos que respalde cada resultado. Al combinar los diversos paquetes de gasto-resultado, se deriva un presupuesto que debe dar como resultado un conjunto específico de resultados para todo el negocio. Este enfoque es más útil en entidades de nivel de servicio, como los gobiernos, donde la provisión de servicios es primordial. Sin embargo, también requiere un tiempo considerable para desarrollarse, en comparación con el presupuesto estático.

- c) **Presupuesto flexible.** Un modelo de presupuesto flexible le permite ingresar diferentes niveles de ventas en el modelo, que luego ajustará los niveles de gastos planificados para que coincidan con los niveles de ventas que se han ingresado. Este enfoque es útil cuando los niveles de ventas son difíciles de estimar, y una proporción significativa de los gastos varía con las ventas. Este tipo de modelo es más difícil de preparar que un modelo de presupuesto estático, pero tiende a generar un presupuesto que es razonablemente comparable con los resultados reales.
- d) **Presupuesto incremental.** El presupuesto incremental es una manera fácil de actualizar un modelo de presupuesto, ya que supone que lo que sucedió en el pasado puede avanzar hacia el futuro. Aunque este enfoque da como resultado actualizaciones de presupuesto simplificadas, no provoca un examen detallado de las eficiencias y los gastos de la empresa, por lo que no ayuda a la creación de una empresa eficiente y eficiente.
- e) **El presupuesto progresivo.** Un presupuesto continuo requiere que se agregue un nuevo período de presupuesto tan pronto como se haya completado el período más reciente. Al hacerlo, el presupuesto siempre se extiende una distancia uniforme hacia el futuro. Sin embargo, también requiere una cantidad considerable de trabajo de presupuestación en cada período contable para formular la próxima actualización incremental. Por lo tanto, es la alternativa de presupuesto menos eficiente, aunque enfoca la atención continua en el presupuesto.
- f) **El pronóstico móvil.** Un pronóstico progresivo no es realmente un presupuesto, sino más bien una actualización regular del pronóstico de ventas, con frecuencia mensualmente. La organización modela su gasto a corto plazo en el nivel de ingresos esperado. Este enfoque tiene la ventaja de ser muy fácil de actualizar y no requiere infraestructura presupuestaria.

2.3.2.5. **Cómo hacer un presupuesto de hospital**

Hacer un presupuesto de hospital es solo el segundo para los sistemas de entrega médica para un hospital. De hecho, si un presupuesto no está escrito correctamente, es posible que el hospital no pueda brindar servicios médicos. Se deben tener en cuenta muchos gastos y fuentes de ingresos, por lo que el proceso de presupuesto

requiere un experto para superarlo con éxito. A continuación se presenta los principios a tener en cuenta (Charlita, 2009):

- a) **Determine los ingresos del hospital.** Los ingresos pueden provenir de pagos de pacientes, impuestos, donaciones, créditos de seguros. Asegúrese de deducir un porcentaje de las facturas de los pacientes que permanecerán sin cobrar, el trabajo de beneficencia esperado por el hospital y el trabajo pro bono que realiza.
- b) **Calcule los gastos.** Comience con la instalación física. ¿Cuánto cuesta mantener el edificio o los edificios? ¿Cuál es el costo de mantenimiento de cada departamento, ingeniería, aire acondicionado, calefacción, agua y otros servicios? Sepa qué costos de equipo, cuánto se deben reemplazar por día del paciente y si alguno se puede reciclar. Incluya el costo no médico de cada cama en el hospital. Incluye publicidad.
- c) **Conocer el costo del personal,** todos los empleados y el personal auxiliar, incluidos los consultores, los contratos externalizados, tal vez los servicios de lavandería o personal de enfermería. Para todos los empleados del hospital, desde el conserje hasta los médicos, calcule los beneficios adicionales que el hospital debe pagar por cada uno.
- d) **Agregue todos los costos de equipos médicos,** expansión continua o esperada o reemplazo de nuevos equipos de diagnóstico.
- e) **Sepa los costos médicos de cada cama.** ¿Cuántas horas de personal se gastan en cada cama, ocupadas o no? Use esta cifra como promedio para obtener un costo por año por paciente. Agregue a eso los costos no médicos por cama. Incluya todos los costos posibles que mantienen esa cama en el hospital. No olvide los costos de reemplazo por año para todas y cada una de las necesidades del paciente.
- f) **Para hacer el presupuesto, usa una hoja de cálculo.** Ingrese todas las categorías y el costo de cada una. Agregue todos los artículos imponibles y el porcentaje de cada uno. Probablemente obtenga tarifas reducidas en servicios públicos, o al menos una interrupción en los impuestos sobre ellos. Ingrese todas las fórmulas para eso. Es posible que su estado o su sistema hospitalario ya tenga uno disponible. Si la hoja de cálculo existe, úsala o modifícala para tus propias necesidades. Si no es así, haga uno, por lo que hacer el presupuesto del

próximo año es simplemente una cuestión de ingresar números y dejar que la computadora haga el trabajo.

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Hipótesis general

La relación que existe entre el registro de prestaciones de salud y el presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, es significativa.

Hipótesis específicas

1. La relación que existe entre el registro de prestaciones de salud y la dimensión valorización de medicamentos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, es significativa.
2. La relación que existe entre el registro de prestaciones de salud y la dimensión valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, es significativa.
3. La relación que existe entre el registro de prestaciones de salud y la dimensión valorización administrativos del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, es significativa.

2.4.2. VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

a) Variable X:

- Registro de prestaciones de salud.

b) Variable Y:

- Presupuesto.

2.5. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE X: REGISTRO DE PRESTACIONES DE SALUD					
DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es el proceso mediante el cual se ingresan datos referentes a las atenciones de salud que brinda el profesional cualificado para dicho propósito (Malagón-Londoño et al., 2008).					
DEFINICIÓN OPERACIONAL: Son modos de inscripciones dados por el personal de salud con la finalidad de saber las atenciones brindadas.					
DIMENSIÓN	SUB DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEM	ALTERNATIVA DE RESPUESTA	CATEGORIZACIÓN
I. Conformidad del registro del Formato Único de Atención	_____	1. Disposición física del FUA	1) ¿Se dispone físicamente del FUA?	a) Sí b) No c) No aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Prestación Conforme • Prestación rechazada
	_____	2. Presencia de datos necesarios en el FUA	2) ¿El FUA cuenta con los datos necesarios para la evaluación?	a) Sí b) No c) No aplica	
	_____	3. Legibilidad del datos del FUA	3) ¿El FUA es legible, sin enmendaduras ni borrones que cuestionen su legalidad?	a) Sí b) No c) No aplica	
	_____	4. Identificación del responsable del FUA	4) ¿Cuenta con sello y firma del responsable de la atención, en el anverso del FUA y de corresponder en el reverso?	a) Sí b) No c) No aplica	
	_____	5. Identificación de la persona a quien se le brinda la prestación de salud	5) ¿Cuenta con firma y/o huella digital del asegurado o apoderado, en el anverso del FUA y de corresponder en el reverso?	a) Sí b) No c) No aplica	
	_____	6. Identificación del personal de farmacia	6) ¿Cuenta con sello y firma del responsable de farmacia?	a) Sí b) No c) No aplica	
	_____	7. Identificación del responsable de laboratorio	7) ¿Cuenta con sello y firma del responsable de laboratorio y/o anatomía patológica?	a) Sí b) No c) No aplica	
	_____	8. Identificación del responsable de Rx e imágenes	8) ¿Cuenta con sello y firma del responsable de Rx e imágenes?	a) Sí b) No c) No aplica	
II. Conformidad de la prestación de salud	a) Auditabilidad de la prestación	9. Historia clínica en físico	9) ¿Se dispone físicamente de la Historia clínica?	a) Sí b) No c) No aplica	<ul style="list-style-type: none"> • Prestación Conforme • Prestación rechazada
		10. Carta de garantía en físico	10) ¿Se dispone físicamente de la Carta de Garantía según corresponda (componente semisub subsidiado)?	a) Sí b) No c) No aplica	
	b) Registro y concordancia de las fuentes de verificación	11. Consistencia de datos entre la historia clínica, el FUA y el SIASIS	11) ¿En la Historia Chica se evidencia el registro correcto de la prestación consignada en el FUA y en el SIASIS, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente del MINSa (incluye la concordancia de los datos generales del asegurado y la fecha de atención entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS)?	a) Sí b) No c) No aplica	
		12. Consistencia en el número de autorización	12) ¿Cuenta y existe concordancia del número de autorización dada por el SIS/UDR para la atención de cobertura extraordinaria, casos especiales y enfermedades de alto costo (LPIS), entre el FUA y el SIASIS, según lo establecido en la normatividad vigente?	a) Sí b) No c) No aplica	
		13. Consistencia del	13) ¿Concordancia de los diagnósticos consignados entre a Historia	a) Sí	

	diagnóstico de la Historia clínica, FUA y SIASIS.	clínica, el FUA y el SIASIS.?	b) No c) No aplica	
c) Evaluación de la atención de salud	14. Correspondencia entre el personal de salud y la prestación de salud realizada	14) ¿Prestación brindada por personal de salud según corresponda (médico especialista, médico general, otro profesional o técnico de la salud), de acuerdo al tipo de prestación y categoría del EESS.?	a) Si b) No c) No aplica	
	15. La prestación de salud se ajusta a normas institucionales	15) ¿Prestación brindada de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales?	a) Si b) No c) No aplica	
d) Concordancia entre las fuentes de verificación	16. Concordancia entre fechas en la historia clínica, FUA y SIASIS.	16) ¿Conformidad/concordancia en el registro de las fechas de afiliación, ingreso y alta de la prestación en la Historia Clínica con lo consignado en el FUA y en el SIASIS?	a) Si b) No c) No aplica	
	17. Concordancia en el monto autorizado entre el FUA y el SIASIS.	17) ¿Concordancia del monto autorizado por el SIS/UDR para la atención de cobertura extraordinaria, casos especiales y enfermedades de alto costo (LPIS) entre el FUA y el SIASIS (el monto autorizado es mayor o igual al valor de producción)?	a) Si b) No c) No aplica	
	18. Concordancia de medicamentos e insumos utilizados ente el FUA, SIASIS, Historia clínica y kardex.	18) ¿Concordancia de la presentación y de la cantidad prescrita de medicamento e insumos utilizados entre el FUA, el SIASIS y la Historia Clínica, verificada en Kardex de enfermería y/u obstetricia, reporte operatorio u otro registro de la Historia Clínica (incluye el registro según denominación común internacional, vía de administración, concentración, presentación, dosis y duración del tratamiento). En los casos que amerite, se adjunta al FUA el estado de cuenta del consumo?	a) Si b) No c) No aplica	
	19. Concordancia de los exámenes de apoyo entre historia clínica, FUA y SIASIS	19) ¿Concordancia de los exámenes de apoyo al diagnóstico indicados (laboratorio, anatomía patológica e imágenes) entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS (incluye la verificación de la existencia de los resultados y/o comentario de los mismos en la Historia Clínica, debidamente firmados y sellados por el profesional competente). En los casos que amerite, se adjunta al FUA el estado de cuenta del consumo?	a) Si b) No c) No aplica	
	20. Concordancia de procedimientos diagnósticos o terapéuticos entre la historia clínica, FUA y SIASIS.	20) ¿Concordancia de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos indicados entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS (incluye la verificación de la existencia de los informes y/o comentario de los mismos en la Historia clínica, debidamente firmados y sellados por el profesional competente). En los casos que amerite, se adjunta al FUA el estado de cuenta del consumo?	a) Si b) No c) No aplica	
e) Evaluación de la atención de salud	21. Concordancia entre el tratamiento indicado y las normas institucionales.	21) ¿Tratamiento indicado (medicamentos e insumos), de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales. En caso de uso de medicamentos fuera del petitorio nacional aprobado se debe contar con el documento de aprobación del comité farmacoterapéutico correspondiente?	a) Si b) No c) No aplica	
	22. Concordancia entre los exámenes de apoyo diagnóstico y las normas institucionales	22) ¿Exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados (laboratorio, anatomía patológica e imágenes) de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales?	a) Si b) No c) No aplica	

		23. Concordancia ente los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos y las normas institucionales.	23) ¿Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos solicitados de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MINSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales?	a) Si b) No c) No aplica	
--	--	--	---	--------------------------------	--

VARIABLE Y: PRESUPUESTO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: El presupuesto es una herramienta de planificación que, de una forma determinada, integra y coordina las áreas, actividades, departamentos y responsables de una organización, y que expresa en términos monetarios los ingresos, gastos y recursos que se generan en un período determinado para cumplir con los objetivos fijados en la estrategia (Muñiz, 2009).

DEFINICIÓN OPERACIONAL: recursos económicos transferidos por el seguro integral de salud por las prestaciones brindadas a sus beneficiarios.

DIMENSIÓN	INDICADOR	ÍTEM
1) valorización de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • valorización de medicamentos 	a) Valorización de medicamentos por prestaciones de salud Valorización de medicamentos por prestaciones de salud conformes b) Valorización de medicamentos por prestaciones de salud rechazadas
2) valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos	<ul style="list-style-type: none"> • valorización de Material utilizado • valorización Insumos utilizados • valorización Accesorios médicos utilizados 	c) Valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos por prestaciones de salud d) Valorización material, insumos, instrumental y accesorios médicos por prestaciones de salud conformes e) Valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos por prestaciones de salud rechazadas
3) valorización de procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> • valorización de procedimientos 	f) Valoración de procedimientos por prestaciones de salud g) Valorización de procedimientos por prestaciones de salud conformes h) Valorización de procedimientos por prestaciones de salud rechazadas

CAPITULO III METODOLOGÍA

III. METODOLOGÍA

3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método científico. En esta investigación se utilizó este método porque ayudara en el proceso de contrastar sistemáticamente la teoría con los hechos. Referencia una vía o camino para conocer la realidad. Este camino está conformado por el planteamiento del problema, planteamiento de objetivos e hipótesis, con el fin de determinar qué teoría se prueba con la realidad para evidenciar su grado de consistencia. De esta forma el método científico es un procedimiento sistemático que permite alcanzar un conocimiento objetivo.

Método estadístico. El método estadístico procede en una secuencia de procedimientos para el manejo de los datos cualitativos y cuantitativos de la investigación. Considerando las siguientes etapas: recolección, recuento, presentación, síntesis y análisis (Reynaga, 2014)

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación básica..

Su realización es sin fines prácticos inmediatos, sino está orientado a incrementar el conocimiento sobre el registro de prestaciones de salud y el presupuesto del SIS en el Hospital Departamental de Huancavelica.

Según Rodríguez (2018) La investigación básica, también llamada investigación pura, teórica, dogmática o fundamental busca el conocimiento de la realidad o fenómenos de la naturaleza. Este tipo de investigación no busca la aplicación práctica de sus hallazgos, pero si el aumento de los conocimientos para responder preguntas o para que el conocimiento se puede aplicar en otras investigaciones.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Correlacional:

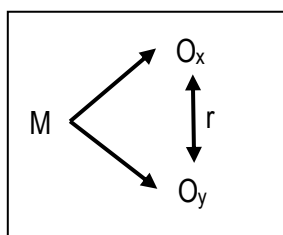
La investigación corresponde al nivel correlacional, porque se pretende establecer que el cambio del variable prestación de salud es concomitante con el cambio de la variable presupuesto del SIS.

Artiles, Otero, y Barrios (2008), dicen acerca de la investigación correlacional lo siguiente: 'En este tipo de investigación se persigue, fundamentalmente, para determinar el grado en que las variaciones en uno o varios factores son concomitantes con la variación en otros u otros factores'.

3.4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño al que pertenece el trabajo es no experimental (no hay manipulación de variables), transversal.

Diagrama:



Donde:

M = Muestra de documentos constituido por Formatos Únicos de Atención.

O = Observación de las variables en estudio.

X = Registro de prestaciones de salud.

Y = Presupuesto.

r = Relación entre variables.

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

Prestaciones de salud en el año 2016 que afectan al Seguro Integral de Salud en el Hospital Departamental de Huancavelica corresponden a 46735 prestaciones.

Muestra

Se tiene los datos referentes a las prestaciones y los presupuestos designados por cada mes, en tal sentido se trabajaron con el total de prestaciones que representan 46735.

Muestreo

Como la población es igual que la muestra entonces no se realiza muestreo.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1. Técnica De Recolección De Datos

Variable → Registro de prestaciones de salud: Observación

Variable → Presupuesto: Observación

3.6.2. Instrumento De Recolección De Datos

Variable → Registro de prestaciones de salud: Guía para análisis de documentos.

Variable → Presupuesto: Guía para análisis de documentos.

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Para el procesamiento y análisis de datos se utilizará el paquete estadístico IBM Statistics para Windows Vers. 25.0, Hoja de cálculo Microsoft Office Excel 2016. También se utilizará la estadística descriptiva: tablas y gráficos estadísticos; y para la contratación de hipótesis y la estadística inferencial se utilizará la prueba de correlación de Spearman.
- Los datos recolectados serán tabulados en una matriz de doble entrada a través de un procedimiento manual y serán presentados en números absolutos y porcentuales. El análisis de los resultados se presentara de forma cuantitativa y cualitativa.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados se basan en la estadística descriptiva conformada por las tablas y figuras; posteriormente se emplea la estadística inferencial conformado por la prueba de hipótesis de Spearman Brown. Los resultados se presentan de acuerdo a los objetivos planteados y están organizados de manera tal que responda al objetivo general y luego a los objetivos específicos.

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizará:

- **Técnicas estadísticas:**

- **Estadística descriptiva:**

Tabla de frecuencias con sus respectivas figuras estadísticas.

- **Estadística analítica:**

Prueba de hipótesis para correlacionar los datos, se especificará la prueba previa evaluación de los datos. Hasta entonces no se puede especificar.

4.2. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

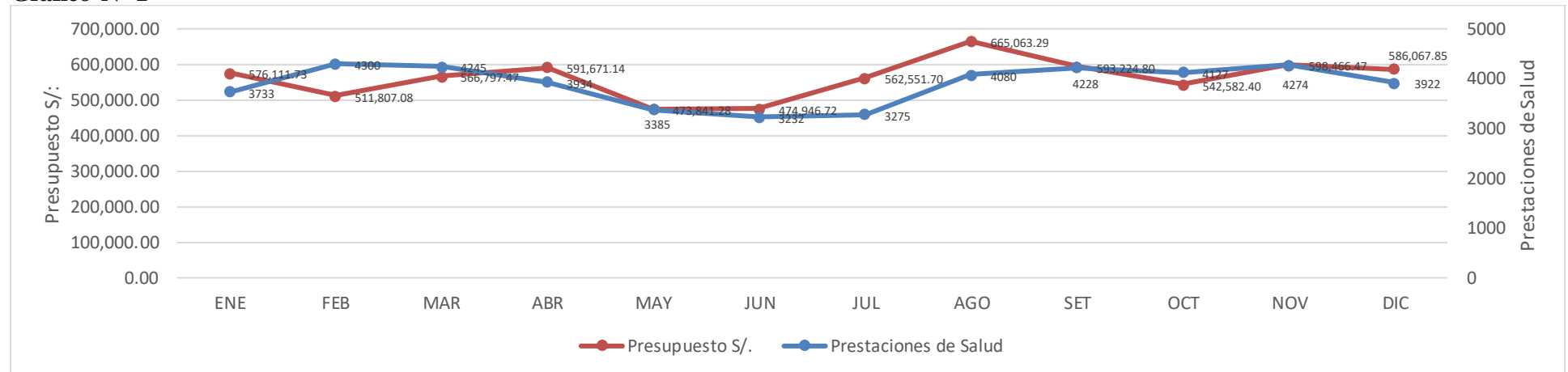
4.1.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA O DEDUCTIVA

Tabla N° 1: Correlación del registro de prestaciones de salud y el presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Prestaciones de Salud	3733	4300	4245	3934	3385	3232	3275	4080	4228	4127	4274	3922
Presupuesto S/.	576,111.73	511,807.08	566,797.47	591,671.14	473,841.28	474,946.72	562,551.70	665,063.29	593,224.80	542,582.40	598,466.47	586,067.85

FUENTE: Registro de prestaciones de Salud y Presupuesto 2016 HZCVH

Gráfico N° 1



FUENTE: Tabla N° 01

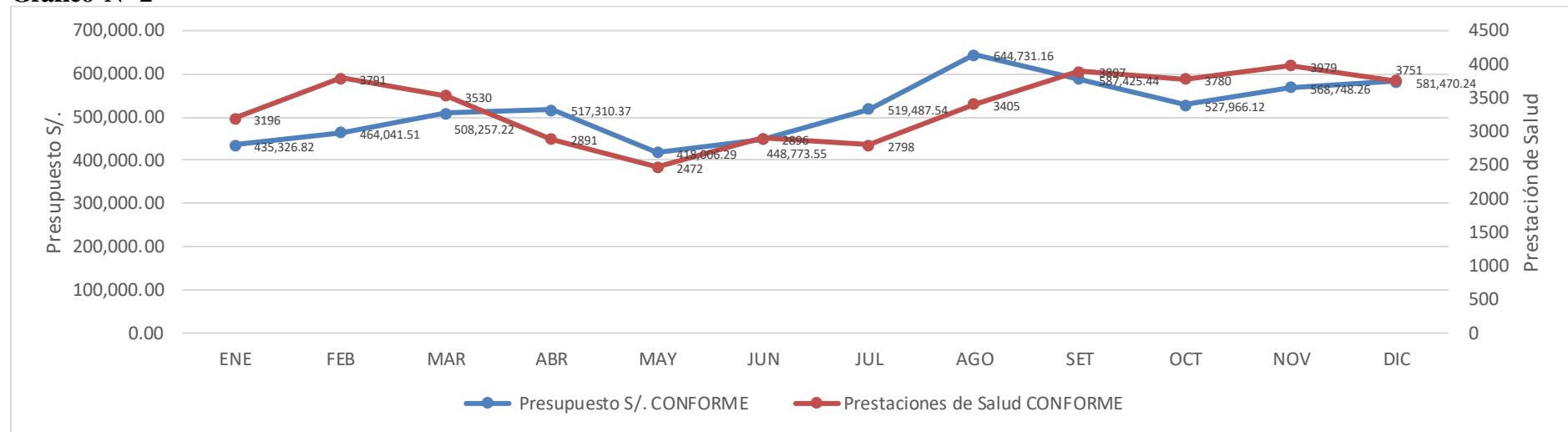
INTERPRETACIÓN: De la tabla N° 1 se evidencia que durante el mes de febrero es donde se REGISTRO la mayor cantidad de prestaciones de salud correspondiendo a 4300 prestaciones que corresponden a un presupuesto de S/. 511,807.08. Y durante el mes de junio es donde se REGISTRO menos cantidad de prestaciones de salud con 3232 y un presupuesto asignado de S/. 474,946.72. Es así que los resultados indican que en los meses de enero, marzo, abril, julio, agosto, setiembre, octubre, noviembre y diciembre se efectuó mayor cantidad de prestaciones de salud, sin embargo, se puede evidenciar mayor cantidad de presupuesto asignado.

Tabla N° 2: Correlación del registro de prestaciones de salud CONFORME y el presupuesto del Seguro Integral de Salud CONFORME del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Presupuesto S/. (CONFORME)	435,326.82	464,041.51	508,257.22	517,310.37	418,006.29	448,773.55	519,487.54	644,731.16	587,425.44	527,966.12	568,748.26	581,470.24
Prestaciones de Salud (CONFORME)	3196	3791	3530	2891	2472	2896	2798	3405	3897	3780	3979	3751

FUENTE: Registro de prestaciones de Salud y Presupuesto 2016 HZCVH

Gráfico N° 2



FUENTE: Tabla N° 1.1

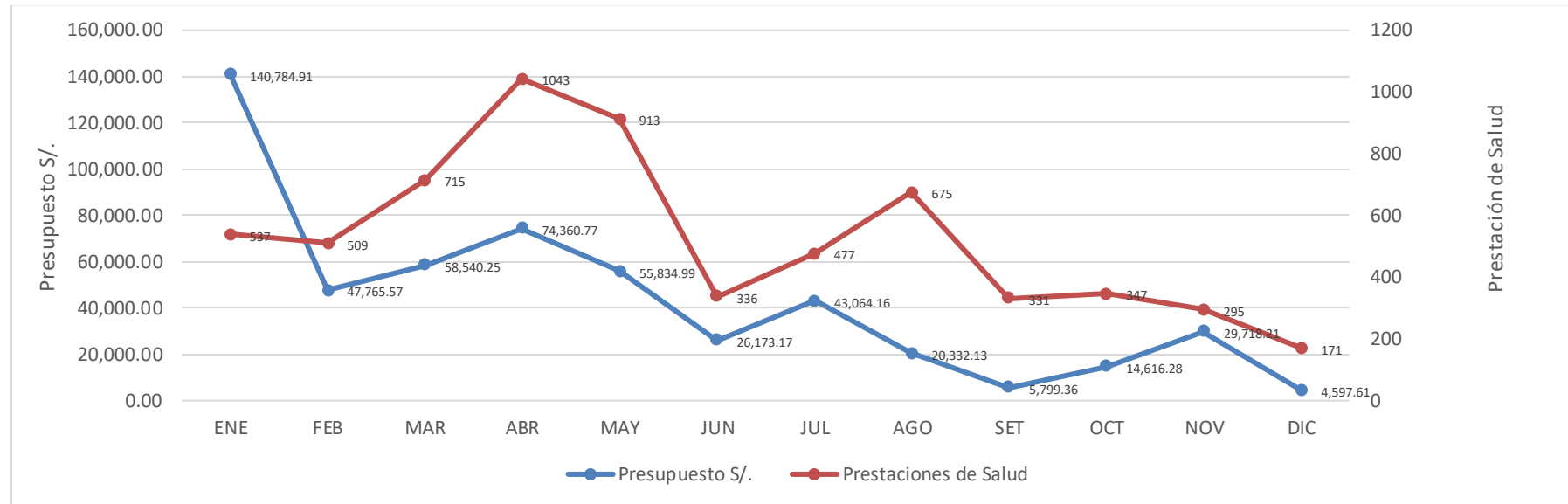
INTERPRETACIÓN: De la tabla N° 2 se evidencia; que el mes de noviembre, es el mes donde hubo mayor cantidad de prestaciones de salud con un número de 3979 prestaciones y un presupuesto asignado de S/. 568,748.26. Durante el mes de mayo se registró menor cantidad de prestaciones de salud conformes con un número de 2472 prestaciones y un presupuesto asignado de S/. 418,006.29. Otros resultados evidencian que en los meses de enero, febrero, marzo, abril, junio, julio, agosto, setiembre, octubre y diciembre el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica tuvo prestaciones de salud conformes por debajo del mayor reportado, sin embargo, se observa un mayor presupuesto asignado.

Tabla N° 3: Correlación del registro de prestaciones de salud RECHAZADOS y el presupuesto del Seguro Integral de Salud RECHAZADOS del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Presupuesto S/. (RECHAZADO)	140,784.91	47,765.57	58,540.25	74,360.77	55,834.99	26,173.17	43,064.16	20,332.13	5,799.36	14,616.28	29,718.21	4,597.61
Prestaciones de Salud (RECHAZADO)	537	509	715	1043	913	336	477	675	331	347	295	171

FUENTE: Registro de prestaciones de Salud y Presupuesto 2016 HZCVH

Gráfico N° 3



FUENTE: Tabla N° 3

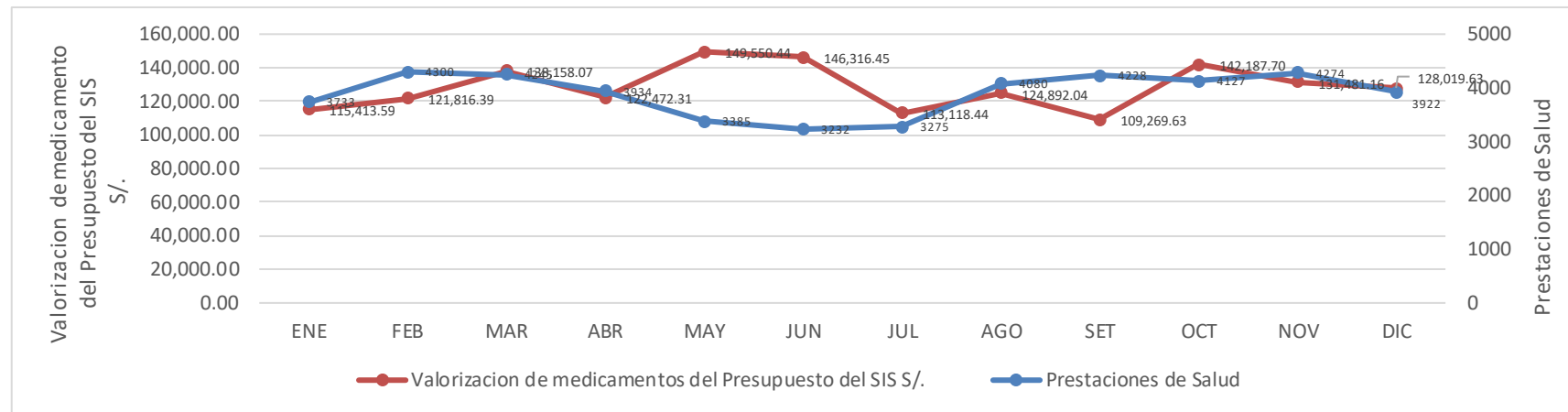
INTERPRETACIÓN: De la tabla N° 3 se evidencia; que el mes de abril es el mes donde se registra una mayor cantidad de prestaciones de salud rechazadas, registrándose 1043 prestaciones con una asignación de presupuesto que asciende a S/. 74,360.77. Para el mes de diciembre se **REGISTRO** una menor cantidad de prestaciones de salud rechazadas con valor de 171 prestaciones y un presupuesto asignado de S/. 4,597.61. También se tienen que en los meses de enero, febrero, marzo, mayo, junio, julio, agosto, setiembre, octubre y noviembre el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica presentó prestaciones de salud rechazadas por debajo del mayor, sin embargo, se evidencia que existe un mayor presupuesto rechazado.

Tabla N° 4: Correlación del registro de prestaciones de salud y la valorización de medicamentos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Prestación de Servicio	3733	4300	4245	3934	3385	3232	3275	4080	4228	4127	4274	3922
Valorización del medicamento del (Presupuesto S/.)	115,413.59	121,816.39	138,158.07	122,472.31	149,550.44	146,316.45	113,118.44	124,892.04	109,269.63	142,187.70	131,481.16	128,019.63

FUENTE: Registro de prestaciones de Salud y Presupuesto 2016 HZCVH

Gráfico N° 4



FUENTE:
Tabla N° 4

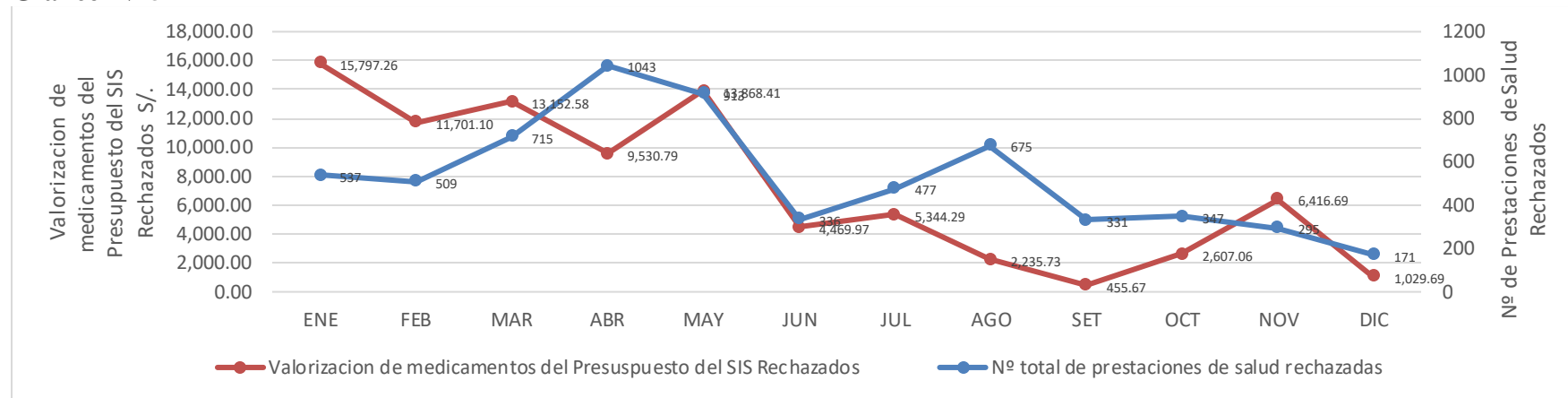
INTERPRETACIÓN: De la tabla N° 4 se evidencia; que la prestación de servicios salud que mayor frecuencia presentaron corresponde al mes de febrero con un valor equivalente a 4300 prestaciones y un presupuesto de la valorización de medicamentos correspondiente a S/. 121,816.39. En el mes de junio es donde se REGISTRO la menor frecuencia de prestaciones de salud con un valor de 3232 prestaciones y un presupuesto de la valorización de medicamentos que asciende a S/. 146,316.45. Así mismo se evidencia que en los meses de marzo, abril, mayo, junio, agosto, octubre, noviembre y diciembre se registraron menores prestaciones de salud, pero, con mayor asignación presupuestaria relacionado a la valorización de medicamentos.

Tabla N° 5: Correlación del registro de prestaciones de salud RECHAZADO y la valorización de medicamentos RECHAZADO del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
N° total de prestaciones de salud rechazadas	537	509	715	1043	913	336	477	675	331	347	295	171
Valorización de medicamentos rechazados	15,797.26	11,701.10	13,152.58	9,530.79	13,868.41	4,469.97	5,344.29	2,235.73	455.67	2,607.06	6,416.69	1,029.69

FUENTE: Registro de prestaciones de Salud y Presupuesto 2016 HZCVH

Gráfico N° 5



FUENTE: Tabla N° 5

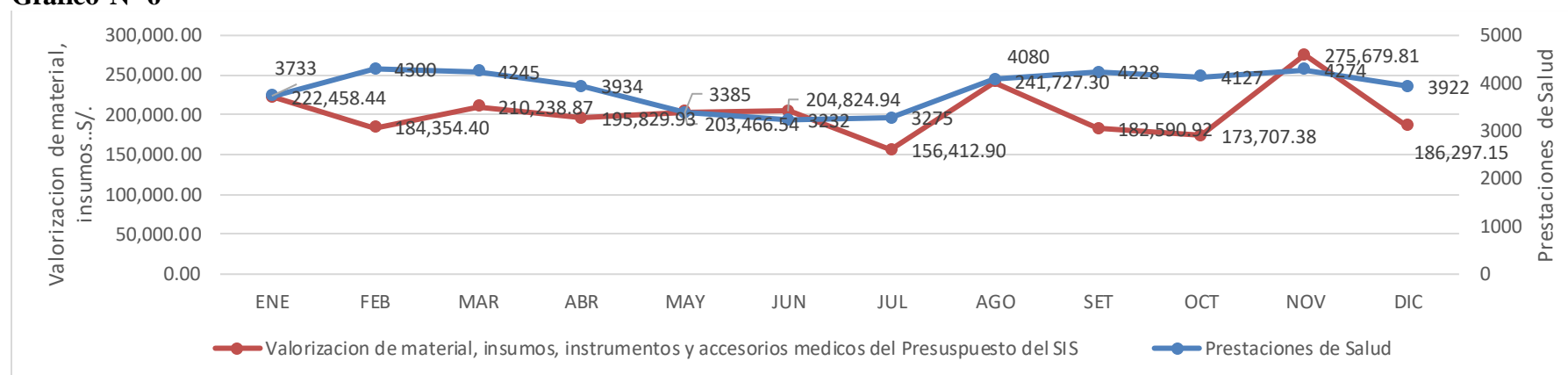
INTERPRETACIÓN: De la tabla N° 5 se evidencia; que la prestación de servicios salud rechazada de mayor frecuencia se presentó el mes de abril con un valor de 1043 prestaciones y un presupuesto de valorización de medicamentos rechazado que asciende a S/. 9,530.79. El mes de diciembre se REGISTRO la menor frecuencia de prestaciones de salud rechazadas con un valor de 171 prestaciones y un presupuesto de valorización de medicamentos asignado de S/. 1.029.69. Así mismo, se puede evidenciar que en los meses de enero, febrero marzo, mayo, junio, julio, agosto, setiembre, octubre y noviembre el Hospital Regional Zacarías Corra Valdivia Huancavelica tuvo prestaciones de salud rechazadas por debajo del mayor, sin embargo, se evidencia un mayor presupuesto rechazado correspondiente a la valorización de medicamentos.

Tabla N° 6: Correlación del registro de prestaciones de salud y la valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Prestaciones de Salud	3733	4300	4245	3934	3385	3232	3275	4080	4228	4127	4274	3922
Valorización de material, insumos, instrumentos y accesorios médicos	222,458.44	184,354.40	210,238.87	195,829.93	203,466.54	204,824.94	156,412.90	241,727.30	182,590.92	173,707.38	275,679.81	186,297.15

FUENTE: Registro de prestaciones de Salud y Presupuesto 2016 HZCVH

Gráfico N° 6



FUENTE: Tabla N° 3

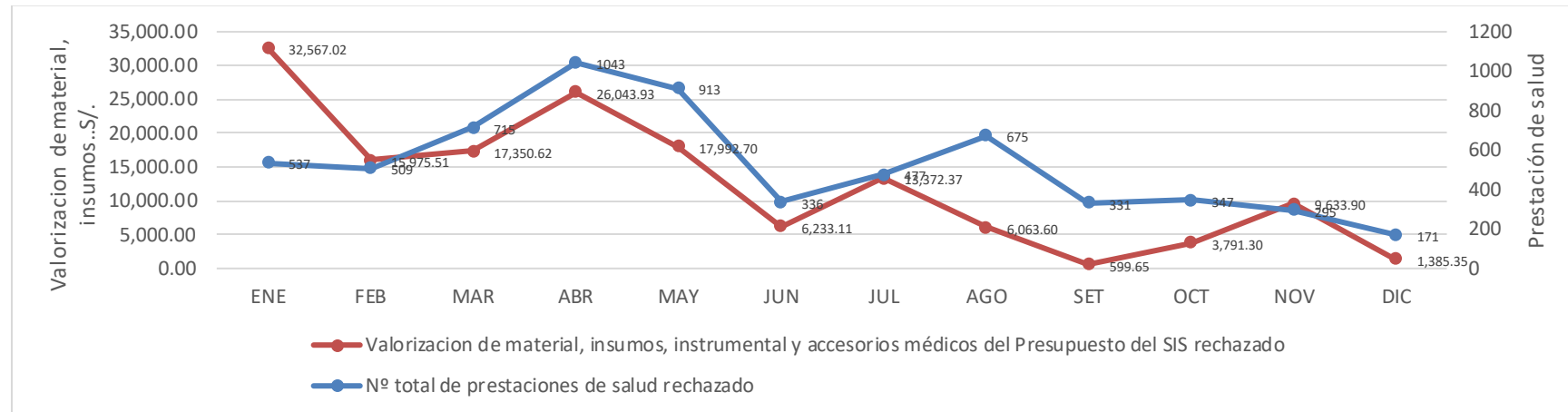
INTERPRETACIÓN: De la tabla N° 6 se evidencia; que la prestación de servicios salud de mayor frecuencia se REGISTRO durante el mes de febrero con un valor de 4300 prestaciones y un presupuesto de valorización de material, insumos, instrumentos y accesorios médicos que asciende a S/. 184,354.40. También se resalta que durante el mes de junio es donde se presentó la menor frecuencia de prestaciones de salud con un valor de 3232 prestaciones y un presupuesto de valorización de material, insumos, instrumentos y accesorios médicos que ascienden a S/. 204,824.94. También se tiene que en los meses de enero, marzo, abril, mayo, junio, agosto, noviembre y diciembre se desarrollaron menores prestaciones de salud, pero con una mayor asignación presupuestaria en la valorización de material, insumos, instrumentos y accesorios médicos.

Tabla N° 7: Correlación del registro de prestaciones de salud RECHAZADO y la valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos RECHAZADO del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
N° total de prestaciones de salud rechazado	537	509	715	1043	913	336	477	675	331	347	295	171
valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos rechazado	32,567.02	15,975.51	17,350.62	26,043.93	17,992.70	6,233.11	13,372.37	6,063.60	599.65	3,791.30	9,633.90	1,385.35

FUENTE: Registro de prestaciones de Salud y Presupuesto 2016 HZCVH

Gráfico N° 7



FUENTE: Tabla N° 7

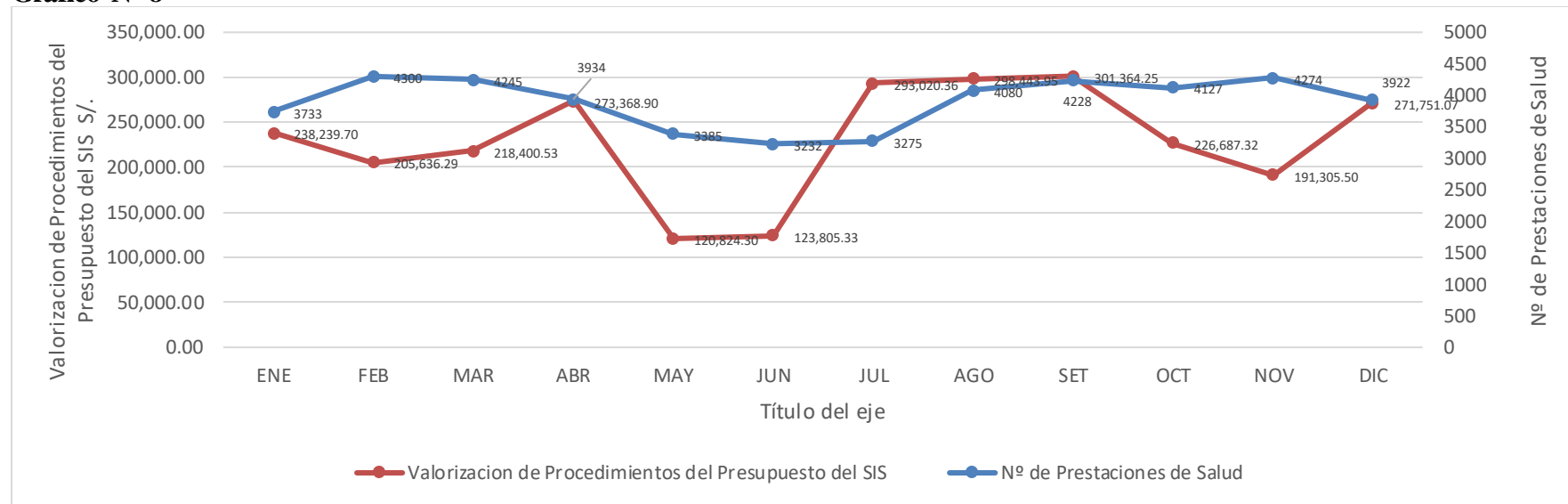
INTERPRETACIÓN: De la tabla N° 7 se evidencia; que la prestación de servicios salud rechazadas de mayor frecuencia se REGISTRO durante el mes de abril con un valor de 1043 prestaciones el cual equivale a un presupuesto de valorización de material, insumos, instrumentos y accesorios médicos que ascienden a S/. 26,043.93. El mes de diciembre se REGISTRO la menor frecuencia de prestaciones de salud rechazadas con un valor de 171 prestaciones que equivale a un presupuesto de valorización de material, insumos, instrumentos y accesorios médicos que asciende a S/. 1,385.55. También se puede evidenciar que en los meses de enero, febrero, marzo, mayo, junio, julio, agosto, setiembre, octubre y noviembre el Hospital Regional Zacarías Corra Valdivia Huancavelica tuvo prestaciones de salud rechazadas por debajo del valor mayor, sin embargo, se evidencia que existe mayor presupuesto rechazado relacionados a la valorización de material, insumos, instrumentos y accesorios médicos.

Tabla N° 8: Correlación del registro de prestaciones de salud y la Valorización de Procedimientos del Presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Prestaciones de Salud	3733	4300	4245	3934	3385	3232	3275	4080	4228	4127	4274	3922
Valorización de Procedimientos S/.	238,239.70	205,636.29	218,400.53	273,368.90	120,824.30	123,805.33	293,020.36	298,443.95	301,364.25	226,687.32	191,305.50	271,751.07

FUENTE: Registro de prestaciones de Salud y Presupuesto 2016 HZCVH

Gráfico N° 8



FUENTE: Tabla N° 8

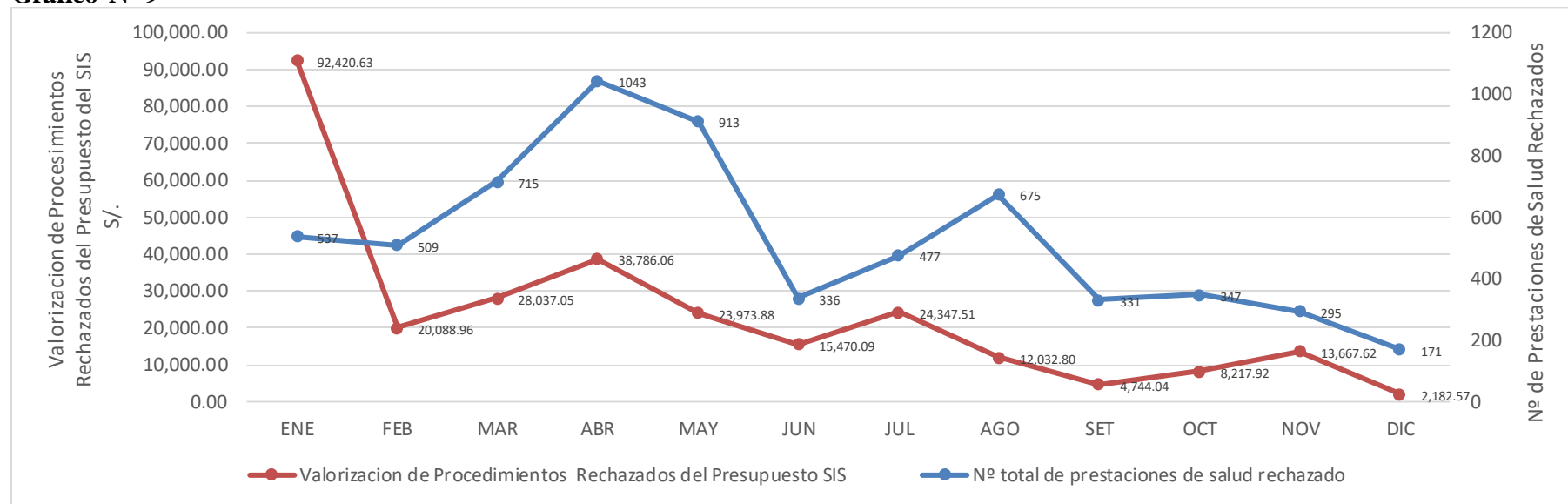
INTERPRETACIÓN: De la tabla N° 8 se evidencia; que la prestación de servicios de mayor frecuencia fue registrada durante el mes de febrero con un valor de 4300 prestaciones y cuyo presupuesto de valorización de procedimientos asciende a S/. 205,636.29. Durante el mes de junio es donde se presentó la menor frecuencia de prestaciones de salud con un valor de 3232 prestaciones y un presupuesto de valorización de procedimientos que asciende a S/. 123,805.33. Así mismo se evidencia que en los meses de enero, marzo, abril, julio, agosto, setiembre, octubre y diciembre se desarrollaron menores prestaciones de salud, pero con mayor presupuesto de valorización de procedimientos.

Tabla N° 9: Correlación del registro de prestaciones de salud RECHAZADO y la valorización de procedimiento RECHAZADO del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
N° total de prestaciones de salud rechazado	537	509	715	1043	913	336	477	675	331	347	295	171
Valorización de Procedimientos rechazado	92,420.63	20,088.96	28,037.05	38,786.06	23,973.88	15,470.09	24,347.51	12,032.80	4,744.04	8,217.92	13,667.62	2,182.57

FUENTE: Registro de prestaciones de Salud y Presupuesto 2016 HZCVH

Gráfico N° 9



FUENTE: Tabla N° 4.1

INTERPRETACIÓN: De la tabla N° 9 se evidencia; que la prestación de servicios de salud rechazadas de mayor frecuencia se presentó durante el mes de abril con un valor de 1043 prestaciones, con un presupuesto de valorización de procedimientos que asciende a S/. 38,786.06. El mes de diciembre es donde se REGISTRO la menor frecuencia de prestaciones de salud rechazadas con un valor de 171 prestaciones y un presupuesto de valorización de procedimientos que asciende a S/. 2,182.57. Así mismo se evidencia que durante los meses de enero, marzo, abril, julio, agosto, setiembre, octubre y diciembre el Hospital Regional Zacarías Corra Valdivia Huancavelica tuvo prestaciones de salud rechazadas por debajo del mayor, sin embargo, se evidencia que existe mayor presupuesto rechazado relacionados a la valorización de procedimientos.

4.1.2. ESTADÍSTICA INFERENCIAL O INDUCTIVA

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS GENERAL

Formulación de hipótesis

Hipótesis nula

La correlación entre el registro de prestaciones de salud y el presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, no es significativa.

HO: $Rx \wedge y = 0$ (No hay correlación entre las variables)

Hipótesis alterna

La correlación entre el registro de prestaciones de salud y el presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, es significativa.

HA: $Rx \wedge y \neq 0$ (Existe correlación entre las variables)

Nivel de significancia: 5% = 0,05

Nivel de confianza: 95% = 0.95

Estadístico de prueba

Coefficiente de correlación de Spearman.

Viene dado por la expresión:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Leyenda:

d: Es la diferencia entre los rangos de valores de registro de prestaciones de salud y presupuesto.

n: Número de pares de datos.

Regla de decisión

Si: Valor $p > 0,05$ se ACEPTA la hipótesis nula.

Si: Valor $p \leq 0,05$ se RECHAZA la hipótesis nula.

Calculo del estadístico de prueba

		Número total de prestación de salud	Presupuesto total de prestaciones de salud
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	1,000	,371
	Número total de prestación de salud	.	,236
	Sig. (bilateral)	.	.
	N	13	12
	Coefficiente de correlación	,371	1,000
	Sig. (bilateral)	,236	.
	N	12	12

Conclusión

Siendo el Valor p (0,236) resultante mayor que el de significancia (0,05), por tanto se acepta la hipótesis nula:

La correlación entre el registro de prestaciones de salud y el presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, no es significativa.

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA N° 01

Formulación de hipótesis

Hipótesis nula

La correlación entre el registro de prestaciones de salud y la valorización medicamentos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, no es significativa.

HO: $Rx \wedge y = 0$ (No hay correlación entre las variables)

Hipótesis alterna

La correlación entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de medicamentos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, es significativa.

HA: $Rx \wedge y \neq 0$ (Existe correlación entre las variables)

Nivel de significancia: 5% = 0,05

Nivel de confianza: 95% = 0.95

Estadístico de prueba

Coefficiente de correlación de Spearman.

Viene dado por la expresión:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Leyenda:

d: Es la diferencia entre los rangos de valores de registro de prestaciones de salud y presupuesto.

n: Número de pares de datos.

Regla de decisión

Si: Valor $p > 0,05$ se ACEPTA la hipótesis nula.

Si: Valor $p \leq 0,05$ se RECHAZA la hipótesis nula.

Calculo del estadístico de prueba

		Número total de prestación de salud	Costo de medicamento total
Rho de Spearman	Número total de prestación de salud	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	13
	Costo de medicamento total	Coefficiente de correlación	-,154
		Sig. (bilateral)	,633
		N	12

Conclusión

Siendo el Valor p (0,633) resultante mayor que el de significancia (0,05) por tanto se acepta la hipótesis nula:

La correlación entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de medicamentos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, no es significativa.

CONTRATACIÓN DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA N° 02

Planteamiento de hipótesis

Hipótesis nula

La correlación entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, no es significativa.

HO: $R_{x \wedge y} = 0$ (No hay correlación entre las variables)

Hipótesis alterna

La correlación entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, es significativa.

HA: $R_{x \wedge y} \neq 0$ (Existe correlación entre las variables)

Nivel de significancia: 5% = 0,05

Nivel de confianza: 95% = 0.95

Estadístico de prueba

Coefficiente de correlación de Spearman.

Viene dado por la expresión:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Leyenda:

d: Es la diferencia entre los rangos de valores de registro de prestaciones de salud y presupuesto.

n: Número de pares de datos.

Regla de decisión

Si: Valor $p > 0,05$ se ACEPTA la hipótesis nula.

Si: Valor $p \leq 0,05$ se RECHAZA la hipótesis nula.

Calculo del estadístico de prueba

		Número total de prestación de salud	Costo total de material, insumos, instrumental y accesorio medico
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	1,000	,105
	Número total de prestación de salud	.	,746
	Sig. (bilateral)	13	12
	N	,105	1,000
	Costo total de material, insumos, instrumental y accesorio medico	,746	.
	Sig. (bilateral)	12	12

Conclusión

Siendo el Valor p (0,746) resultante mayor que el de significancia (0,05) por tanto se acepta la hipótesis nula:

La correlación entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, no es significativa.

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS ESPECÍFICA N° 03

Formulación de hipótesis

Hipótesis nula

La correlación entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de procedimientos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, no es significativa.

HO: $R_{x \wedge y} = 0$ (No hay correlación entre las variables)

Hipótesis alterna

La correlación entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de procedimientos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, es significativa.

HA: $R_x \wedge y \neq 0$ (Existe correlación entre las variables)

Nivel de significancia: 5% = 0,05

Nivel de confianza: 95% = 0.95

Estadístico de prueba

Coefficiente de correlación de Spearman.

Viene dado por la expresión:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

Leyenda:

d: Es la diferencia entre los rangos de valores de registro de prestaciones de salud y presupuesto.

n: Número de pares de datos.

Regla de decisión

Si: Valor $p > 0,05$ se ACEPTA la hipótesis nula.

Si: Valor $p \leq 0,05$ se RECHAZA la hipótesis nula.

Calculo del estadístico de prueba

		Número total de prestación de salud	Costos administrativos total
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	1,000	,028
	Sig. (bilateral)	.	,931
	N	13	12
	Coefficiente de correlación	,028	1,000
	Sig. (bilateral)	,931	.
	N	12	12

Conclusión

Siendo el Valor p (0,931) resultante mayor que el valor de significancia (0,05) por tanto se acepta la hipótesis nula:

La correlación entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de procedimientos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, no es significativa.

4.3. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los acontecimientos económicos intrahospitalario tienen un impacto absoluto en la administración, puesto que la administración del hospital estará sujeta a los presupuestos estipulados, y estos obedecen a una designación más o menos de los recursos materiales como los seres humanos que proporcionar una adecuada o inadecuada prestación de servicios.

El procedimiento para determinar un presupuesto implica a la fijación de objetivos dentro de la institución hospital y también implica la programación de los recursos necesarios para alcanzarlos, al menor precio posible. Por lo tanto, es necesaria la supervisión que jugarán un papel muy importante dentro de la economía de una institución hospital, también el seguimiento de la voluntad sirven para conducir de manera más eficiente y con un control de gastos e ingresos para que todos los recursos que está disponible y se coloca al servicio del paciente.

La realización de un presupuesto incorpora la investigación de los recursos materiales y humanos, destacando los resultados que espera obtener tras conocer los gastos e ingresos. La gestión del presupuesto permite la planificación de recursos, actividades, programas, entre otros. Indica hasta qué punto se puede llegar en relación con un plan establecido. El presupuesto es un procedimiento abierto y factible de modificarse, es decir por qué deberían examinarse rutinariamente en tiempo y forma, teniendo en cuenta las necesidades reales que se presentan los resultados obtenidos en el proceso de control.

La preparación de un presupuesto debe basarse en los gastos de un proceso de atención de calidad como la meta final de beneficios para la salud, por lo que debe entenderse que los gastos se producen por la asignación de recursos materiales y humanos.

Para concluir, la evaluación presupuestaria permite establecer debilidades en la administración económica que debe ser resuelta para conseguir los objetivos institucionales del hospital que consisten en la calidad y la satisfacción del paciente.

Tabla N° 01 se evidencia; que el mes de febrero es el mes donde se REGISTRO la mayor cantidad de prestaciones de salud con 4300 y un presupuesto de S/. 511,807.08 soles. Y el mes de junio es el mes donde se REGISTRO menor cantidad de prestaciones de salud con 3232 y un presupuesto de S/. 474,946.72 soles. Así mismo se evidencia en los meses de enero, marzo, abril, julio, agosto, setiembre, octubre,

noviembre y diciembre que se realizaron prestaciones de salud por debajo del mayor, sin embargo, se evidencia que existe mayor presupuesto.

Tabla N° 2 se evidencia; que el mes de noviembre es el mes donde hubo mayor cantidad de prestaciones de salud conformes con 3979 y un presupuesto de S/. 568,748.26 soles. Y el mes de mayo es el mes donde hubo menor cantidad de prestaciones de salud conformes con 2472 y un presupuesto de S/. 418,006.29 soles. Así mismo se evidencia en los meses de enero, febrero, marzo, abril, junio, julio, agosto, setiembre, octubre y diciembre el Hospital Departamental Huancavelica tuvo prestaciones de salud conformes por debajo del mayor, sin embargo, se evidencia que existe mayor presupuesto.

Considerando la contrastación de hipótesis se encontró relación entre el número de registro de prestaciones de salud y el presupuesto asignado tal como consta en la tabla N° 3 donde se evidencia; que el mes de abril es el mes donde se hubo mayor cantidad de prestaciones de salud rechazadas con 1043 y un presupuesto de S/. 74,360.77 soles. Y el mes de diciembre es el mes donde hubo menor cantidad de prestaciones de salud rechazadas con 171 y un presupuesto de S/. 4,597.61 soles. Así mismo se evidencia en los meses de enero, febrero, marzo, mayo, junio, julio, agosto, setiembre, octubre y noviembre el Hospital Departamental Huancavelica tuvo prestaciones de salud rechazadas por debajo del mayor, sin embargo, se evidencia que existe mayor presupuesto rechazado.

Tabla N° 4 se evidencia; que la prestación de servicios salud de mayor frecuencia se presentó el mes de febrero con 4300 y un presupuesto de la valorización de medicamentos de S/. 121,816.39 soles y el mes de junio es el mes donde se presentó la menor frecuencia de prestaciones de salud con 3232 y un presupuesto de la valorización de medicamentos de S/. 146,316.45 soles. Así mismo se evidencia que en los meses de marzo, abril, mayo, junio, agosto, octubre, noviembre y diciembre se desarrollaron menores prestaciones de salud, pero con mayor presupuesto relacionado a la valorización de medicamentos.

Tabla N° 6 se evidencia; que la prestación de servicios salud de mayor frecuencia se presentó el mes de febrero con 4300 con un presupuesto de valorización de material, insumos, instrumentos y accesorios médicos de S/. 184,354.40 soles y el mes de junio es el mes donde se presentó la menor frecuencia de prestaciones de salud con 3232 y un presupuesto de valorización de material, insumos, instrumentos y accesorios médicos de S/. 204,824.94 soles. Así mismo se evidencia que en los meses de enero,

marzo, abril, mayo, junio, agosto, noviembre y diciembre se desarrollaron menores prestaciones de salud, pero con mayor presupuesto en la valorización de material, insumos, instrumentos y accesorios médicos.

En la tabla N° 8 se evidencia; que la prestación de servicios de mayor frecuencia se presentó el mes de febrero con 4300 con un presupuesto de valorización de procedimientos de S/. 205,636.29 soles y el mes de junio es el mes donde se presentó la menor frecuencia de prestaciones de salud con 3232 y un presupuesto de valorización de procedimientos de S/. 123,805.33 soles. Así mismo se evidencia que en los meses de enero, marzo, abril, julio, agosto, setiembre, octubre y diciembre se desarrollaron menores prestaciones de salud, pero con mayor presupuesto de valorización de procedimientos.

Fajardo (2015) refiere que el presupuesto de más de tres años ha crecido de 2013 a 2015 por sólo el 6%, con costos de personal y gastos actuales con más peso de este crecimiento 105% y 27% en estos tres años.

Sabartés (2013) en la implementación de historia clínica electrónica, es esencial tener en cuenta los factores clave. La información clínica debe recopilarse de manera estructurada. Es esencial contar con informes de monitoreo para administrar y explotar datos clínicos, económicos y administrativos a fin de respaldar la toma de decisiones. El acceso debe ser instantáneo, desde cualquier punto y por varios usuarios al mismo tiempo. A partir de los resultados obtenidos, se puede observar que la implementación del Registro Electrónico de Salud ha reducido los espacios físicos y disminuido los recursos humanos para el manejo de la documentación clínica.

Mahillo (2011) Los registros clínicos tiene un nivel promedio de cumplimiento de 76,59% para los criterios considerados. El 57% de los registros médicos se consideran buenos o muy buenos (> 75%), según la clasificación elegida. Los criterios tienen un porcentaje promedio de finalización de 74,82%. De los 28 criterios evaluados, 14 exceden los estándares considerados adecuados (> 75%), es decir, el 50% de los criterios se consideran malos o mejorables. Los criterios más valorados son los datos demográficos y de filiación, con un nivel medio de finalización del 96,78%.

Hernández (2014) considerando la afiliación SIS sugieren cambios favorables para persona de sexo femenino, menores, adultos mayores, Quechua - hablantes de Aymara, habitantes de la región selva.

Portocarrero (2010) el aseguramiento en Apurímac fue de 82% a 87%. Este crecimiento seguro es consistente con la reducción de la barrera económica que se

expresa en la ENAHO en la reducción de "no tenía dinero" como una razón para no acceder a los servicios de salud de 26,7% a 7,9%. Los afiliados / la proporción de atenciones, que en el promedio ha sido mantenida alrededor de 4 atenciones por asegurado, sin embargo, el comportamiento de la concentración ha sido de enfrente para los casos de la red en Abancay donde bajo de 4,5 a 3,9 que en Andahuaylas donde esto fue de 3,2 a 4,5 hospitalidad media por miembro.

Sobre la Teoría de la contabilidad financiera, un factor clave de la contabilidad implica la transmisión de información financiera a cualquier persona que pueda necesitar la información. En los informes financieros, comúnmente encontramos un fenómeno llamado asimetría de información. El objetivo de los informes financieros es proporcionar información financiera sobre la entidad que informa que sea útil para los inversores, prestamistas y otros acreedores existentes y potenciales al tomar decisiones sobre la provisión de recursos a la entidad. Esas decisiones implican comprar, vender o mantener instrumentos de capital y de deuda, y proporcionar o liquidar préstamos y otras formas de crédito.

CONCLUSIONES

1. La correlación no es significativa entre el registro de prestaciones de salud y el presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, esto indicaría que existe una concordancia entre el número de prestaciones de salud y los presupuestos asignados a estos debido a la mala redacción del Formato Único de Atención que debe ser redactado con mucha minuciosidad evitando errores que pueden invalidar la atención para su reconocimiento económico.
2. La correlación no es significativa entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de medicamentos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016. Existe un desfase entre las prestaciones de salud y el presupuesto asignado para medicamentos utilizados.
3. La correlación no es significativa entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016. Durante la atención del paciente y dependiendo de la patología que presente se debe usar un determinado material, instrumental o accesorio, en muchos casos no se encuentra una concordancia.
4. La correlación no es significativa ente el registro de prestaciones de salud y la valorización de procedimientos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, en estos se encuentra la mano de obra de los personales asistenciales involucrados en la atención de salud de cada uno de los pacientes.

RECOMENDACIONES

Al Hospital Departamental Huancavelica

- Implementar un marco regulatorio interno que permite controlar la calidad del registro de información en todos sus aspectos, tanto la asistencia y administrativa, que debe ser clara y precisamente detallado en la historia clínica y los diferentes formatos expedido por el seguro médico integral. Este último determina el reembolso del presupuesto de la entidad.
- Sensibilizar y concientizar a los colaboradores implicados en el cuidado de la salud de los pacientes para hacer un registro de la información correctamente.
- Incorporar estrategias y acciones a realizar y controlar la calidad del registro de información en el Plan estratégico institucional y el Plan operativo institucional, para que los procesos tengan sostenibilidad en el tiempo..

Al Gobierno Regional de Huancavelica

- Emitir políticas públicas sancionadoras para garantizar la calidad del registro de la información de los beneficios de salud provistos en cada uno de los establecimientos de salud, a fin de reducir la tasa de rechazo y por lo tanto la pérdida de recursos económicos que dañan directamente la atención de salud de la población huancavelicana.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Acosta, J. M. (2018). Tecnología hospitalaria. Retrieved from <https://www.arqhys.com/contenidos/hospitalaria-tecnologia.html>.
- Álvarez, F., & Faizal, E. (2013). *Gerencia de hospitales e instituciones de salud*. Colombia: Ecoe Ediciones.
- Artiles, L., Otero, J., & Barrios, I. (2008). *Metodología de la investigación para ciencias de la salud*. Cuba: Ecimed.
- Asenjo, M. A. (2006). *Gestión diaria del hospital*. España: Elsevier España.
- Atehortúa, F. (2005). *Gestión y auditoría de la calidad para organizaciones públicas*. Colombia: Universidad de Antioquia.
- Ayuso, A., Barrachina, A., & Garrigos, R. (2011). *Casos prácticos resueltos de contabilidad de costes*. España: Profit Editorial.
- Benavides, A. (2006). *Análisis práctico de las prestaciones de la Seguridad Social*. España: Lex Nova.
- Betancur, C. L. (2011). *Gerencia del cuidado hospitalario*. Colombia: Ecoe Ediciones.
- Charlita, P. (2009). *Gestión de costos en salud: Teoría, cálculo y usos*. Colombia: Ecoe Ediciones.
- Cosíalls, D. (2000). *Gestión clínica y gerencial de hospitales: servicio de información*. España: Elsevier España.
- Editorial CEP. (2016). *Auxiliar Administrativo. Servicio Murciano de Salud*. España: Editorial CEP.
- Fajardo, G. M. (2015). *Análisis de sostenibilidad financiera del Hospital Teófilo Dávila de la ciudad de Machala a partir de junio de 2015*. (Bachiller Tesis de maestría), Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.
- Fundación Wikimedia Inc. (2016). Teoría X y teoría Y. Retrieved from https://es.wikipedia.org/wiki/Teor%C3%ADa_X_y_teor%C3%ADa_Y
- García, J. (2010). *Estudio sobre la implantación de un sistema de información adaptado a las necesidades de los establecimientos de salud rurales del Perú*. (Bachiller Tesis de maestría), Universidad Rey Juan Carlos, Perú.
- Gimeno, J. A., & Tamayo, P. (2012). *Economía de la salud: Instrumentos*. España: Ediciones Díaz de Santos.

- Hernández, A. A. (2014). *Determinantes de la afiliación y acceso a servicios de salud en el Perú: El caso del seguro integral de salud* (Bachiller Tesis de maestría), Universidad de Chile, Chile.
- Horngren, C. T., Sundem, G. L., & Stratton, W. O. (2007). *Contabilidad administrativa*. México: Pearson Educación.
- Jácome, M. S. (2013). *Examen especial a los ingresos y gastos del Hospital Básico 7 b.I Loja, en el periodo enero-diciembre 2013*. (Bachiller Tesis de titulación), Universidad Politécnica Salesiana Ecuador, Ecuador.
- Jiménez, J. (2000). *Manual de gestión para jefes de servicios clínicos*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Juma'h., A. (2015). *Introducción a la contabilidad para la toma de decisiones estimación y aplicación: 3Ciencias*.
- Keenan, M. (2018). Qué es el porcentaje del margen de operación. Retrieved from <https://pyme.lavoztx.com/qu-es-el-porcentaje-del-margen-de-operacin-13322.html>
- Lamata, F. (2008). *Manual de administración y gestión sanitaria*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- Mahillo, R. (2011). *Evaluación de la calidad de las historias clínicas en el área clínica de podología de la Universidad de Sevilla*. (Maestría Tesis de doctorado), Universidad de Sevilla, España. Retrieved from <http://fondosdigitales.us.es/tesis/tesis/1889/evaluacion-de-la-calidad-de-las-historias-clinicas-en-el-area-clinica-de-podologia-de-la-universidad-de-sevilla/>
- Martin-Zurro, A. (2005). *Compendio de Atención Primaria*. España: Elsevier España.
- Mendoza, P. (2002). *Evaluación económica en Salud*. Perú: UNMSM.
- Ministerio de Salud Perú. (2013). *Convenio de gestión para el financiamiento de servicios de salud*. Perú: Ministerio de Salud Perú.
- Ministerio de Salud Perú. (2015). *Directiva administrativa que regula el proceso de evaluación automática de las prestaciones del Seguro Integral de Salud*. Perú: Ministerio de Salud Perú.
- Mondy, R. W., & Noe, R. M. (2005). *Administración de recursos humanos*. México: Pearson Educación.
- Montaño, F. J. (2014). *Gestión y control del presupuesto de tesorería*: IC Editorial.
- Mora, J. R. (2003). *Guía metodológica para la gestión clínica por procesos*. España: Ediciones Díaz de Santos.

- Mosquera, J. F. (2007). *Análisis, diseño e implementación de un sistema de información integral de gestión hospitalaria para un establecimiento de salud público*. (Bachiller Tesis de titulación), Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- Ovalle, A. F., & Rios, H. A. (2011). *Diseño y prueba de un modelo de costos basado en actividades (abc) para la Clínica Chicamocha S.A.* (Bachiller Tesis de titulación), Universidad Industrial de Santander, Colombia.
- Portocarrero, A. M. (2010). *Apurímac: hacia el aseguramiento público en salud La implementación del Seguro Integral de Salud en Apurímac 2007 – 2010*. (Bachiller Tesis de maestría), Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.
- PRHIMA. (2018). PHR-Registro de Salud Personal. Retrieved from <http://www.prhima.org/mi-phr/phr-el-registro-de-salud-personal>
- Raile, M., & Marriner, A. (2010). El modelo de la marea en la recuperación salud mental. In *Modelos y teoría de enfermería* (7ma ed., pp. 673-696). España: Elsevier.
- Reyes, R. (2014). *La salud en cuba es gratuita pero cuesta. Los costos por patologías y pacientes en el Hospital Provincial de Cienfuegos*. (Informe de investigación), Universidad de Cienfuegos, Cuba.
- Reynaga, J. (2014). [El Método Estadístico].
- Rodríguez, D. (2018). Investigación básica: características, definición, ejemplos. Retrieved from <https://www.lifeder.com/investigacion-basica/>
- Sabartés, R. (2013). *Historia clínica electrónica en un departamento de obstetricia, ginecología y reproducción: Desarrollo e implementación. Factores clave*. (Maestría Tesis de doctorado), Universidad Autónoma de Barcelona, España.
- Seguro Integral de Salud (2013). [Procesos de validación prestacional].
- Seguro Integral de Salud. (2018). Seguro Integral de Salud. Retrieved from <https://www.gob.pe/130-seguro-integral-de-salud-sis>
- Selmer, C. (2002). *Hacer y defender un presupuesto: herramientas, métodos y argumentos*. España: Grupo Planeta.
- Solorio, C. (2001). *Seguro social de salud*. España: International Labour Organization.
- Tejero, M. (2004). *Documentación clínica y archivo*. España: Ediciones Díaz de Santos.

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

REGISTRO DE PRESTACIONES DE SALUD Y SU INCIDENCIA EN EL PRESUPUESTO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL ZACARÍAS CORREA VALDIVIA HUANCAMELICA -2016

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Qué relación existe entre el registro de prestaciones de salud y la incidencia en el presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016?</p> <p>Problemas específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> ¿Qué relación existe entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de medicamentos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016? ¿Qué relación existe entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016? ¿Qué relación existe entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de procedimientos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016? 	<p>Objetivo general Establecer la correlación entre el registro de prestaciones de salud y el presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> Calcular la relación que existe entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de medicamentos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016. Indicar la relación que existe entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016. Identificar la relación que existe entre el registro de prestaciones de salud y la valorización de procedimientos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016. 	<p>Hipótesis general La correlación ente el registro de prestaciones de salud y el presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, es significativa.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <ol style="list-style-type: none"> La correlación entre el registro de prestaciones de salud y la dimensión costo de medicamentos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, es significativa. La correlación entre el registro de prestaciones de salud y la dimensión costo de material, insumos, instrumental y accesorios médicos del presupuesto del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, es significativa. La relación entre el registro de prestaciones de salud y la dimensión costos administrativos del Seguro Integral de Salud del Hospital Regional Zacarías Valdivia Huancavelica-2016, es significativa. 	<p>a) Variable X: Registro de prestaciones de salud.</p> <p>b) Variable Y: Presupuesto.</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: La investigación corresponde al tipo básico.</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN: El estudio alcanzo el nivel correlacional.</p> <p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN: El método utilizado es el hipotético-deductivo.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> TÉCNICA: La observación. INSTRUMENTO: La guía para análisis documental. <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: El diseño es no experimental (no hay manipulación de variables), transversal.</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD M --> O_x M --> O_y O_x <--> r O_y </pre> </div>

				<p>Donde: M = Muestra de documentos constituido por Formatos Únicos de Atención. O = Observación de las variables en estudio. X = Registro de prestaciones de salud. Y = Presupuesto. r = Relación entre variables.</p> <p>POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:</p> <ul style="list-style-type: none">• Población: Prestaciones de salud en el año 2016 que afectan al Seguro Integral de Salud en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia corresponden a 46735 prestaciones.• Muestra: Se cuenta con todos los datos de las prestaciones y los presupuestos designados por cada mes, por tanto se trabajará con el total de prestaciones que representan 46735.• Muestreo: No se realizó el muestreo. <p>TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS Técnica estadística:</p> <ul style="list-style-type: none">- Estadística deductiva.- Estadística inductiva.
--	--	--	--	--

ANEXO N° 02

Directiva Administrativa N° 005-2015-SIS/GREP Directiva que Establece el Proceso de Control Presencial Posterior de las Prestaciones de Salud Financiadas por Seguro Integral de Salud – V.03

ANEXO 3. FORMATO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR DE LAS PRESTACIONES DE SALUD REEMBOLSADAS POR CONSUMO

FORMATO DE CONTROL PRESENCIAL POSTERIOR DE LAS PRESTACIONES DE SALUD REEMBOLSADAS POR CONSUMO			
DATOS GENERALES:			
1. Fecha de evaluación:	07 / 02 / 2013	2. Hora de evaluación:	
3. Nombre de EESS y/o Unidad Ejecutora:		4. Código de EESS:	
5. N° de Formato Único de Atención:	160-12-00	6. N° Historia Clínica:	
7. Tipo de prestación (concepto prestacional):		8. Nombres y Apellidos del asegurado:	
9. Código inscripción/afiliación:	160-08-00		
I. Evaluación de la conformidad del registro del Formato Único de Atención (ECR-FUA).			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			
I-1. Se dispone físicamente del FUA		SI	NO
I-2. El FUA cuenta con los datos necesarios para la evaluación			
I-3. El FUA es legible, sin enmendaduras ni borrones que cuestionen su legalidad			
I-4. Cuenta con sello y firma del responsable de la atención, en el anverso del FUA y de corresponder en el reverso.			
I-5. Cuenta con firma y/o huella digital del asegurado o apoderado, en el anverso del FUA y de corresponder en el reverso.			
I-6. Cuenta con sello y firma del responsable de farmacia			
I-7. Cuenta con sello y firma del responsable de laboratorio y/o anatomía patológica			
I-8. Cuenta con sello y firma del responsable de Rx e imágenes			
RESULTADO PRIMERA FASE:		CONFORME	RECHAZO TOTAL
II. Evaluación de la conformidad de la prestación de salud (ECP)			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			
A. AUDITABILIDAD DE LA PRESTACIÓN			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			
IIA-1. Se dispone físicamente de la Historia Clínica		SI	NO
IIA-2. Se dispone físicamente de la Carta de Garantía según corresponda (componente semisubsidado)			
RESULTADO:		CONFORME	RECHAZO TOTAL
B. REGISTRO Y CONCORDANCIA DE LAS FUENTES DE VERIFICACIÓN			
CONCORDANCIA: HISTORIA CLÍNICA - FUA - SIASIS			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			
II B-1. En la Historia Clínica se evidencia el registro correcto de la prestación consignada en el FUA y en el SIASIS, de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente del MNSA (incluye la concordancia de los datos generales del asegurado y la fecha de atención entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS).		SI	NO
II B-2. Cuenta y existe concordancia del número de autorización dada por el SIS/UDR para la atención de cobertura extraordinaria, casos especiales y enfermedades de alto costo (LPS), entre el FUA y el SIASIS, según lo establecido en la normatividad vigente.			
II B-3. Concordancia de los diagnósticos consignados entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS.			
RESULTADO:		CONFORME	RECHAZO TOTAL
C. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO TOTAL			
II C-1. Prestación brindada por personal de salud según corresponda (médico especialista, médico general, otro profesional o técnico de la salud), de acuerdo al tipo de prestación y categoría del EESS.		SI	NO
II C-2. Prestación brindada de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MNSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales.			
RESULTADO:		CONFORME	RECHAZO TOTAL
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO PARCIAL			
A. CONCORDANCIA ENTRE LAS FUENTES DE VERIFICACIÓN			
CONCORDANCIA: HISTORIA CLÍNICA - FUA - SIASIS			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO PARCIAL			
IIA-1. Conformidad/ concordancia en el registro de las fechas de afiliación, ingreso y alta de la prestación en la Historia Clínica con lo consignado en el FUA y en el SIASIS.		SI	NO
IIA-2. Concordancia del monto autorizado por el SIS/UDR para la atención de cobertura extraordinaria, casos especiales y enfermedades de alto costo (LPS) entre el FUA y el SIASIS (el monto autorizado es mayor o igual al valor de producción).			
IIA-3. Concordancia de la presentación y de la cantidad prescrita de medicamento e insumos utilizados entre el FUA, el SIASIS y la Historia Clínica, verificada en Kardex de enfermería y/u obstetricia, reporte operatorio u otro registro de la Historia Clínica (incluye el registro según denominación común internacional, vía de administración, concentración, presentación, dosis y duración del tratamiento). En los casos que amerite, se adjunta al FUA el estado de cuenta del consumo.			
IIA-4. Concordancia de los exámenes de apoyo al diagnóstico indicados (laboratorio, anatomía patológica e imágenes) entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS (incluye la verificación de la existencia de los informes y/o comentario de los mismos en la Historia Clínica, debidamente firmados y sellados por el profesional competente). En los casos que amerite, se adjunta al FUA el estado de cuenta del consumo.			
IIA-5. Concordancia de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos indicados entre la Historia Clínica, el FUA y el SIASIS (incluye la verificación de la existencia de los informes y/o comentario de los mismos en la Historia Clínica, debidamente firmados y sellados por el profesional competente). En los casos que amerite, se adjunta al FUA el estado de cuenta del consumo.			
RESULTADO:		CONFORME	RECHAZO PARCIAL
B. EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD			
CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA RECHAZO PARCIAL			
II B-1. Tratamiento indicado (medicamentos e insumos), de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MNSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales. En caso de uso de medicamentos fuera del peltorio nacional aprobado se debe contar con el documento de aprobación del comité farmacoterapéutico correspondiente.		SI	NO
II B-2. Exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados (laboratorio, anatomía patológica e imágenes) de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MNSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales.			
II B-3. Procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos solicitados de acuerdo a normas técnicas o guías de práctica clínica del MNSA, u otros documentos o guías institucionales, nacionales o internacionales.			
RESULTADO:		CONFORME	RECHAZO PARCIAL



Firma del Médico Supervisor SIS
CMP - DN

Firma del
Jefe/Encargado del EESS
CP - DN

GUÍA DE ANÁLISIS DOCUMENTARIO PRESUPUESTO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Meses	Valorización de medicamentos por prestaciones de salud (S/.)		Valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos por prestaciones de salud (S/.)		Valoración de procedimientos por prestaciones de salud (S/.)		PRESUPUESTO TOTAL S/.
	Valorización de medicamentos por prestaciones de salud conformes (S/.)	Valorización de medicamentos por prestaciones de salud rechazadas (S/.)	Valorización material, insumos, instrumental y accesorios médicos por prestaciones de salud conformes (S/.)	Valorización de material, insumos, instrumental y accesorios médicos por prestaciones de salud rechazadas (S/.)	Valorización de procedimientos por prestaciones de salud conformes (S/.)	Valorización de procedimientos por prestaciones de salud rechazadas (S/.)	
Enero							
Febrero							
Marzo							
Abril							
Mayo							
Junio							
Julio							
Agosto							
Septiembre							
Octubre							
Noviembre							
Diciembre							

ANEXO N° 03

VALIDEZ GUÍA DE ANÁLISIS DOCUMENTARIO REGISTRO DE PRESTACIONES DE SALUD CONTRASTE ESTADÍSTICO

1. BASE DE DATOS:

ÍTEMS	JUEZ				PUNTAJE	COEFICIENTE V Aiken	DECISIÓN
	1º.	2º.	3º.	4º.			
1º.	1	1	1	1	4	1	A
2º.	1	1	1	1	4	1	A
3º.	1	1	1	1	4	1	A
4º.	1	1	1	1	4	1	A
5º.	1	1	1	1	4	1	A
6º.	1	1	1	1	4	1	A
7º.	1	1	1	1	4	1	A
8º.	1	1	1	1	4	1	A
9º.	1	1	1	1	4	1	A
10º.	1	1	1	1	4	1	A
11º.	1	1	1	1	4	1	A
12º.	1	1	1	1	4	1	A
13º.	1	1	1	1	4	1	A
14º.	1	1	1	1	4	1	A
15º.	1	1	1	1	4	1	A
16º.	1	1	1	1	4	1	A
17º.	1	1	1	1	4	1	A
18º.	1	1	1	1	4	1	A
19º.	1	1	1	1	4	1	A
20º.	1	1	1	1	4	1	A
21º.	1	1	1	1	4	1	A
22º.	1	1	1	1	4	1	A
23º.	1	1	1	1	4	1	A
V Aiken TOTAL						1	A

2. PRUEBA ESTADÍSTICA:

Comparación por V Aiken

3. REGLA DE DECISIÓN:

A = Se acepta: para todo valor de V Aiken \geq a 0,8 u 80%

R = Se rechaza: para todo valor de V Aiken $<$ a 0,8 u 80%

Tabla de valores V Aiken

Jueces	Acuerdos	V
5	3	0.60
	4	0.80
	5	1.00
6	4	0.67
	5	0.83
	6	1.00
7	5	0.71
	6	0.86
	7	1.00
8	6	0.75
	7	0.88
	8	1.00
9	7	0.77
	8	0.89
	9	1.00
10	8	0.80
	9	0.90
	10	1.00

4. CALCULO

$$V = \frac{S}{(N(C - 1))}$$

Leyenda:

S = Sumatoria de los valores (valor asignado por el juez)

N = Número de jueces

C = Representa el número de valores de la escala, para este caso se usará 2 (de 0 y 1).

$$V = \frac{4}{(4(2 - 1))} = \frac{4}{4} = 1$$

5. CONCLUSIÓN:

Se aceptan todos los ítems porque el valor del estadístico V Aiken es 1 que expresado porcentualmente equivale a 100%. Para la validez total del instrumento se halló el promedio de cada ítem resultando el estadístico V Aiken igual a 1 que indica una validez de 100%.

ANEXO N° 04

CONFIABILIDAD GUÍA DE ANÁLISIS DOCUMENTARIO REGISTRO DE PRESTACIONES DE SALUD

- 1°. Se aplicó el instrumento a una muestra de 16 historias clínicas.
- 2°. Base de datos en función a los registros obtenidos.

ÍTEMS																							
ID	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
2	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0
4	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0
5	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0
6	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0
7	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0
8	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
9	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0
10	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
13	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
14	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Si = 1 No = 0

3°. Aplicar la fórmula:

$$Kuder - Richardson 21 = KR - 21 = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\bar{X}(k - \bar{X})}{k\sigma_t^2} \right)$$

Leyenda:

k=número de ítems

\bar{X} =Media de los totales

σ_t^2 =varianza de los totales

Resultado:

KR = 0,8617 = 86,17%

4°. ESCALA DE VALORACIÓN DE KUDER RICHARDSON:

• De 0,00 a 0,20 = Muy baja
• De 0,21 a 0,40 = Baja
• De 0,41 a 0,60 = Regular
• De 0,61 a 0,80 = Aceptable
• De 0,81 a 1,00 = Elevada

5°. CONCLUSIÓN:

El instrumento presenta una **CONFIABILIDAD ELEVADA**, KR = 0,8617; e términos porcentuales equivale a 86,17% de confiabilidad.

ANEXO N° 05

IMÁGENES DE EJECUCIÓN DE INVESTIGACIÓN DENTRO DE LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL REGIONAL ZACARÍAS CORREA VALDIVIA HUANCAVELICA



