



Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

Vicerrectorado de  
INVESTIGACIÓN

## **ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO**

# **“LA INFORMACIÓN DEL CONTROL INTERNO Y LA INFLUENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL DISTRITO EL AGUSTINO DE LIMA METROPOLITANA”**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN  
AUDITORÍA CONTABLE Y FINANCIERA.

### **AUTOR:**

MANUEL EDDIE PAZ ZACARÍAS

### **ASESOR:**

DR. DOMINGO HERNÁNDEZ CELIS

### **JURADOS:**

DRA. MARÍA TERESA BARRUETO PEREZ

DRA. MARÍA DIANA TORRES CARPIO

DR. CARLOS ALBERTO NOVOA URIBE

**LIMA- PERÚ**

**2020**

**DEDICATORIA:**

A mi madre, padre, cónyuge e hija

Por el apoyo permanente

En mi desarrollo profesional.

**AGRADECIMIENTO:**

    Mi especial agradecimiento para los distinguidos Miembros del Jurado:  
Por su criterio objetivo en la evaluación de este trabajo de investigación.

    Asimismo, mi agradecimiento para mi asesor:

    Por las sugerencias recibidas para el mejoramiento de este trabajo.

    Muchas gracias para todos.

**“LA INFORMACIÓN DEL CONTROL INTERNO Y LA INFLUENCIA EN LA  
SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL  
DISTRITO EL AGUSTINO DE LIMA METROPOLITANA”**

**ÍNDICE**

Dedicatoria	01
Agradecimiento	02
Resumen	08
Abstract	10

**I. INTRODUCCIÓN**

1.1. Planteamiento del problema	14
1.2. Descripción del problema	16
1.3. Formulación del problema	26
1.3.1. Problema general	26
1.3.2. Problemas específicos	26
1.4. Antecedentes de la investigación	27
1.4.1. Antecedentes internacionales	27
1.4.2. Antecedentes nacionales	31
1.5. Justificación de la investigación	44
1.5.1. Justificación de la investigación	44
1.5.2. Importancia de la investigación	44
1.6. Limitaciones de la investigación	45
1.7. Objetivos de la investigación	45
1.7.1. Objetivo general	45

1.7.2. Objetivos específicos	45
1.8. Hipótesis de la investigación	46
1.8.1. Hipótesis general	46
1.8.2. Hipótesis específicas	46

## **II: MARCO TEÓRICO**

2.1. Marco conceptual	48
2.1.1. Información del control interno	48
2.1.2. Satisfacción de los usuarios	67
2.2. Centros de salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana	80
2.3. Conceptos de las dimensiones	94
2.3.1. Conceptos de información del control interno	94
2.3.1.1 Información de los recursos	94
2.3.1.2. Información de actividades	94
2.3.1.3. Información de los procesos	95
2.3.1.4. Auditoria de control interno	95
2.3.1.5. Seguimiento de las Recomendaciones del control interno	95
2.3.2. Conceptos de Satisfacción de los usuarios	96
2.3.2.1. Servicios de Salud	96
2.3.2.2. Calidad humana en la prestación de servicios	96
2.3.2.3. Eficiencia de los Servicios Médicos	97
2.3.2.4. Mejora continua de los Servicios Médicos	97

2.3.2.5. Competitividad de los Servicios Médicos	98
--	----

### **III: MÉTODO**

3.1. Tipo de investigación	99
3.1.1. Tipo de investigación	99
3.1.2. Nivel de la investigación	99
3.1.3. Métodos de la investigación	99
3.1.4. Diseño de la investigación	99
3.2. Población y muestra de la investigación	100
3.2.1. Población de la investigación	100
3.2.2. Muestra de la investigación	101
3.3. Operacionalización de variables	103
3.3.1. Variables e indicadores de la investigación	103
3.3.2. Definición operacional de las variables	105
3.4. Instrumentos de la investigación	106
3.5. Procedimientos de la investigación	107
3.5.1. Técnicas de Recolección de datos	107
3.5.2. Técnicas de procesamiento de datos	107
3.6. Análisis de datos de la investigación	108
3.7. Consideraciones éticas	110

#### **IV: RESULTADOS**

4.1. Análisis e interpretación de los resultados de la investigación	114
4.2. Contrastación de hipótesis de la investigación	137
4.2.1. Contrastación de la Hipótesis Principal	137
4.2.2. Contrastación de la Hipótesis Secundaria No.1	140
4.2.3. Contrastación de la Hipótesis Secundaria No.2	143
4.2.4. Contrastación de la Hipótesis Secundaria No.3	145
4.2.5. Contrastación de la Hipótesis Secundaria No.4	147
4.2.6. Contrastación de la Hipótesis Secundaria No.5	150

#### **V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

5.1. Discusión de los resultados de la investigación	153
--	-----

#### **VI. CONCLUSIONES**

6.1. Conclusión	155
6.2. Conclusiones específicas	155

#### **VII. RECOMENDACIONES**

7.1. Recomendación general	157
7.2. Recomendaciones específicas	157

#### **VIII. REFERENCIAS**

Referencias	159
-------------	-----

#### **IX. ANEXOS**

Anexo No. 1: Matriz de consistencia	164
-------------------------------------	-----

Anexo No. 2: Instrumento: Encuesta	165
Anexo No. 3: Validación del instrumento por expertos	171
Anexo No. 4: Confiabilidad del instrumento con el alfa de Cronbach	172
Anexo No. 5: Definición de términos	174

**RESUMEN:**

**“LA INFORMACIÓN DEL CONTROL INTERNO Y LA INFLUENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL DISTRITO EL AGUSTINO DE LIMA METROPOLITANA”**, es un aporte académico y profesional, cuyo problema se ha identificado en la falta de satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

Los usuarios de los servicios médicos de los Centros indicados requieren más prontitud en el servicio, trato adecuado, respeto, consideración y estima; en buena cuenta requieren que el servicio médico genere valor en su vida cotidiana; los usuarios requieren salud, no requieren ser torturado por las largas esperas en tiempo, largas colas para la atención médica, largas colas para sus medicinas, largas colas para sus documentos; etc. Es en este sentido que se hace estrictamente necesario un buen control interno, que facilite la mayor información de los recursos humanos y otros; pero en este caso especialmente de los recursos humanos, es decir del personal médico y paramédico que es requerido por los usuarios de los servicios que prestan los Centros de Salud. En este sentido el control interno aporta la información de cómo se prestan los servicios, la cantidad de personal, la calidad del personal, desempeño del personal, sueldos del personal, asistencia del personal, faltas del personal, y otros detalles que son de mucha utilidad para que las jefaturas respectivas tomen decisiones y con ello se logre la tan ansiada satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud.

En este marco, para desarrollar este trabajo la problemática antes descrita se expresa en la siguiente pregunta o problema general: ¿Cómo influye la información del control interno en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana?

La pregunta antes indicada requiere una solución y la misma llega con la formulación de la hipótesis general: La información del control interno influye en grado estadísticamente

razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

En el mismo contexto, se tiene que tener en cuenta que para llegar a la solución antes indicada se ha formulado en forma previa el objetivo general: Determinar la influencia de la información del control interno en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

Los resultados obtenidos en el trabajo son razonables y nos llevan a tener la total seguridad que la información del control interno influye en razonablemente en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

**Palabras clave:** Información del control interno; satisfacción de los usuarios y Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

**ABSTRACT**

**“INTERNAL CONTROL INFORMATION AND THE INFLUENCE ON THE SATISFACTION OF USERS IN THE HEALTH CENTERS OF THE DISTRICT THE AGUSTINE OF LIMA METROPOLITANA”**, is an academic and professional contribution, whose problem has been identified in the lack of satisfaction of users of the Health Centers of the El Agustino District of Metropolitan Lima.

The users of the medical services of the indicated Centers require more prompt service, adequate treatment, respect, consideration and esteem; in good account they require that the medical service generate value in their daily life; users require health, they do not need to be tortured for long waiting times, long lines for medical attention, long lines for their medicines, long lines for their documents; etc. It is in this sense that good internal control is strictly necessary, which facilitates the greater information of human and other resources; but in this case especially of the human resources, that is to say of the medical and paramedical personnel that is required by the users of the services provided by the Health Centers. In this sense, the internal control provides information on how services are provided, the number of staff, the quality of the staff, staff performance, staff salaries, staff assistance, staff failures, and other details that are very useful so that the respective headquarters make decisions and with it the much desired satisfaction of the users of the Health Centers is achieved.

In this context, to develop this work the problem described above is expressed in the following question or general problem: How does the information of the internal control influence the satisfaction of the users of the Health Centers of the Agustino District of Metropolitan Lima?

The question indicated above requires a solution and it comes with the formulation of the general hypothesis: Internal control information has a statistically reasonable influence on the satisfaction of users of the Agustino District Health Centers of Metropolitan Lima.

In the same context, it must be taken into account that in order to reach the solution indicated above, the general objective has been previously formulated: To determine the influence of internal control information on the satisfaction of users of the Health Centers of the The Augustinian District of Metropolitan Lima.

The results obtained in the work are reasonable and lead us to have the total security that the information of the internal control reasonably influences the satisfaction of the users of the Health Centers of the Agustino District of Metropolitan Lima.

**Keywords:** Internal control information; user satisfaction and Health Centers of the Agustino District of Metropolitan Lima.

## I. INTRODUCCIÓN

Para dar inicio al desarrollo de esta investigación se ha partido con la identificación del problema respectivo y sobre el mismo por cuestiones de especialidad se ha establecido la correspondiente solución. Es de esta manera que se formula el título respectivo de la investigación: **“LA INFORMACIÓN DEL CONTROL INTERNO Y LA INFLUENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL DISTRITO EL AGUSTINO DE LIMA METROPOLITANA”**

En este sentido, el control interno en los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana es un sistema, cuya característica principal es facilitar amplia información sobre dicho sistema de control, de otros sistemas, de los recursos, procesos y procedimientos institucionales; todo lo cual es de mucha ayuda para gestión institucional y trae como corolario la satisfacción de los usuarios de dichos Centros de Salud.

Sin la información del control interno institucional habría un vacío que no ayuda y más bien influiría negativamente en la satisfacción de los usuarios de estos Centros de salud; pero la generación de información sobre distintos rubros como se ha indicado, hace que la misma sea de gran ayuda para mantener satisfechos a los usuarios, por cuanto el sistema de control facilita información del ambiente de control, también de la información y comunicación en todos los sentidos de estas entidades, asimismo sobre los riesgos que pudieran darse y las acciones de control que se llevan a cabo sobre dicho sistema, otros sistemas, recursos, procesos y procedimientos institucionales.

Es así como el trabajo culmina considerando que la información del control interno influye en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana. El término grado estadísticamente razonable se origina por la aplicación del Chi cuadrado que facilita valores altos de correlación entre las variables del trabajo de investigación, todo lo cual tiene como base la participación de los

encuestados, lo que denota que dichos resultados no son manipulados, si no que siendo la investigación de diseño no experimental, se respetan los resultados tal como se obtienen.

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La falta de satisfacción de los usuarios de los centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana, es el problema que se ha identificado.

Dicho problema afecta a los usuarios y sobre el mismo se deben proponer alternativas de solución.

El problema de la falta de satisfacción de los usuarios de los centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana, se concreta en los siguientes detalles.

Un centro de salud del Distrito indicado o de cualquier otro de Lima Metropolitana como del país, es un edificio adecuadamente construido y destinado a la atención de la salud de la población del Distrito como aledaña al mismo. El tipo de actividad asistencial que prestan los centros de salud y la calificación del personal médico, paramédico e incluso administrativo pueden variar según el centro correspondiente.

Lo común es que el centro de salud del Distrito en mención como otro similar, cuente con la gran y necesaria labor de médicos clínicos, médicos pediatras, enfermeras y enfermeros y personal administrativo o de apoyo correspondiente. Al respecto, en los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana, se ha determinado falta de médicos clínicos, pediatras y otras especialidades. Del 100% que deberán contarse, solo se tiene en promedio en los Centros del Distrito, el 72%, 67% y 45% respectivamente, según la Memoria Anual de la Región de Salud de Lima Metropolitana.

En los Centros de salud, si fuera el caso, es posible que actúen laboralmente otro tipo de profesionales relacionados, como trabajadores denominados profesionales sociales y profesionales psicólogos, lo que permite en gran medida ampliar la cantidad e incluso la calidad de servicios del centro médico. Al respecto en los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana del 100% de profesionales sociales solo se cuenta con el 10% y en cuanto a profesionales psicólogos del 100% los Centros cuentan con 00%.

Por otro lado, en muchos centros de salud se cuenta también con la existencia de un servicio de urgencias para poder atender las emergencias que se produzcan. De esta manera, el servicio compuesto por médicos y enfermeras, no sólo ofrecerá asistencia y atención en el propio recinto sanitario del Centro de Salud, sino también a nivel domiciliario a lo largo y ancho de las jurisdicciones e incluso en cualquier otro tipo de lugar donde sea necesario que él acuda. Lo indicado es lo ideal, pero en el caso de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana, el servicio de urgencias solo se facilita de lunes a viernes y en horario de oficina, de este modo no se tiene ni sábados ni domingos ni feriados atención de urgencias, lo que origina un gran malestar en los habitantes del Distrito, que tienen que trasladarse a los Hospitales Nacionales de Lima Metropolitana.

En los Centros de Salud, es importante el avance de la tecnología y, en concreto, la gran utilidad que de ella se está haciendo a nivel sanitario, en pro del bienestar y tranquilidad de los habitantes, ha dado lugar a que en algunos lugares existan los Centros de salud virtuales. En el caso de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana, no se cuenta con muchos avances tecnológicos, de allí que se cuenta con equipos prácticamente obsoletos en el mejor de los casos, en otros casos están malogrados y lo peor nunca han existido ni existen por lo que en gran parte los análisis, las ecografías y otros exámenes especiales son dispuestos que lo hagan particularmente o son enviados a los Hospitales Nacionales donde se demoran demasiado para las pruebas, todo lo cual afecta en gran medida a los usuarios de los servicios de los centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana

El Centro de salud suele ser un lugar destinado a la atención primaria de la salud de los habitantes de una jurisdicción. En caso que el paciente requiera de una atención más completa, compleja o específica, es derivado a otro tipo de lugar. En este caso, los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana efectivamente prestan atención primaria, pero sin la calidad del caso y a costos que no necesariamente son asequibles a la población.

## 1.2.DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Según la Revista Iberoamérica Social (01 de noviembre del 2017). Problemas en la salud pública. Al respecto se tiene lo siguiente:

Durante las últimas décadas la salud pública chilena ha tenido importantes avances: la esperanza de vida es de 80,5 años, siendo la segunda en América después de Canadá (82,2 años). El porcentaje de atención profesional del parto es cercano al cien por ciento y es el cuarto país con menor mortalidad infantil (menores de 5 años) con 8,1 niños fallecidos por mil nacidos vivos. El país tiene, además, los índices más bajos de mortalidad materna. Estos indicadores, son frutos del compromiso continuo de la Medicina, especialmente desde los tiempos de creación del Servicio Nacional de Salud, (1952) momento en que comenzaron a implementarse programas específicos de nutrición infantil, alimentación complementaria, programas de vacunación, el control médico del embarazo y, junto con ello, el mejoramiento de servicios sanitarios y el acceso al agua potable.

Sin embargo, pese a que estos indicadores muestran los niveles de salud más destacados de América Latina, aún hay situaciones de inequidad en la atención médica a las personas. La crítica se centra en la calidad y oportunidad de los servicios entregados por el Sistema Público, porque la población que recibe atención médica en estos servicios, encuentra deficiencias, como la tardanza en conseguir horas a especialistas, problemas de acceso a los centros asistenciales, escasez de ambulancias para servicios de urgencia y falta de camas<sup>2</sup>. Estas limitaciones son experimentadas por las personas de menos ingresos, quienes no tienen la posibilidad de acceder a atenciones de salud en el sistema privado en razón a su alto costo. Con cierta periodicidad colapsan los servicios de urgencia, lo que obliga a los usuarios a esperar

muchas horas para obtener una atención, situación que se acentúa durante los meses de invierno, momento en que se ha tenido que hospitalizar a pacientes en los pasillos -en camillas o en sillas de rueda- comprometiendo aún más la salud de las personas, su privacidad y dignidad. Junto con esto, la presión asistencial y altos niveles de estrés de los trabajadores de salud, traen consigo un alto riesgo de sufrir burnout o desgaste profesional, y de ejercer un trato impersonal, descuidado y en casos extremos, negligente a los pacientes.

Un problema crítico es la existencia de listas de espera para cirugías y para médicos especialistas. Según un informe enviado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales al Congreso (20 de febrero 2017) se planteaba que 24817 personas fallecieron mientras estaban en una “lista de espera” durante el año 2016 (De ellos, 22.459 pacientes esperaban una primera consulta con un especialista y 2.358 personas esperaban una cirugía). Posteriormente, una investigación de la Comisión médica asesora, a solicitud del Ministerio de Salud, indicó que en 6.744 casos de fallecimientos ocurridos el año 2016 la causa de muerte podría relacionarse con una atención pendiente en lista de espera. Las primeras causas delineadas para explicar este problema señalan que la demanda actual por cirugías no alcanza a ser satisfecha, debido a la escasez de recursos y de profesionales. Se constata que el número de médicos, enfermeras y capacidad hospitalaria es deficitario en relación al aumento de la población y a su perfil epidemiológico. Y pese al aumento de facultades de Medicina en el país, esto no ha significado una solución al problema de escasez de profesionales en la salud pública, dado que la opción laboral que presenta más incentivos económicos a los profesionales es la de la salud Privada. Como es de suponer, la existencia de listas de espera tiene un alto costo en términos sociales para el país, y compromete seriamente la salud de los pacientes, con efectos dañinos en

términos emocionales y psicológicos, especialmente en aquellas personas que se encuentran en situación más crítica, que en la espera arriesgan su salud a condiciones de deterioro, invalidez y la muerte.

Este segundo semestre, el Ministerio de Salud ha planteado medidas extraordinarias para entregar atención médica inmediata a un grupo de pacientes que se encuentran en lista de espera y que tienen alto riesgo de fallecer, una medida que soluciona en parte el problema, y que demuestra la necesidad de una priorización en la planificación del país, ya que actualmente la gran verdad es que el sistema de atención pública está limitado en su capacidad. Luego de que se diera a conocer la crítica realidad de las listas de espera, y que la información fuera utilizada, aprovechando el actual momento político previo a las elecciones; un siguiente momento debe ser la toma de conciencia sobre la gravedad de la salud pública en Chile y la motivación por resolver la situación crítica. En la actualidad hay equipos de trabajo que se encuentran en el terreno de la acción y que han investigado y elaborado modelos que pueden ser replicados en otras realidades. Un ejemplo es la propuesta de gestión de listas de espera que apuntan a ajustar la oferta y la demanda de atención de salud, mediante precisiones clínicas y la toma de decisiones fundamentada en la oportunidad y la justicia. Estas medidas deben obedecer a criterios médicos, que evalúen la urgencia de la atención de salud de cada paciente (ejemplo: Interconsulta a especialista o Cirugía), la prioridad que este paciente tendría respecto de los demás pacientes de la lista, y un criterio de justicia, que busque entregar un recurso a quienes tengan mayor necesidad de atención.

Toda política que plantee mejoras en la salud debe considerar que la población que se atiende en los servicios públicos tiene mayores riesgos por edad (el 17% tiene 60 años o más, mientras en la atención privada o Izares, el 7% es mayor de 60 años) y por determinantes sociales que tienen su expresión en condiciones de salud de mayor

vulnerabilidad. Adicionalmente, diversos informes caracterizan a la población foco de la atención pública como la que tiene más dificultad para acceder a las atenciones de salud cuando la necesitan, y que obtienen estas prestaciones tardíamente. Las implicancias que esta información tiene en la formulación de políticas públicas obligan a caracterizar apropiadamente a la población de usuarios y a realizar una evaluación técnica (criterio médico) por sobre la burocrática para llegar a la aplicación de un criterio de justicia en la provisión de servicios públicos de salud.

La sucesión de cuestionamientos al actual sistema de salud pública es también un cuestionamiento a la idea de Justicia Social para el país y a la responsabilidad frente a los agravamientos y decesos de pacientes producidos por una planificación deficiente. Una concientización real, por parte de la ciudadanía obliga a pensar y exigir estrategias a largo plazo, que definan prioridades en la destinación de recursos, y eliminen las desigualdades sociales en el sector.

A nivel nacional, se tiene lo siguiente sobre el problema de la insatisfacción de los usuarios de los servicios de salud. Según Sausa, M. (17 de febrero del 2018). Ineficiencias del sector salud están afectando a millones de peruanos (Informe):

El Perú está entre los países que menos invierten en salud y lo hacen mal, y donde los pobladores tienen más gastos de bolsillo, según revela un estudio de Contribuyentes por Respeto. Gremios piden que Gobierno se ponga metas y designe más presupuesto.



ALTA DEMANDA. Los hospitales públicos están hacinados y muchos no cuentan con equipos. (Perú21)

MARIELLA SAUSA17/02/2018 06:50h

La grave crisis que afecta al sector salud no es una novedad para los peruanos. Casi a diario se escuchan denuncias de hospitales desabastecidos de medicamentos y que no cuentan con servicios básicos de agua potable, además de la existencia de establecimientos hacinados que carecen de equipos para atender emergencias y con pacientes que duermen en sillas de ruedas y hasta en el piso.

Una investigación de la asociación Contribuyentes por Respeto –que reúne y compara información del Ministerio de Salud, Essalud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)– revela también cómo la falta de inversión y la mala gestión de los recursos disponibles generan la ineficiencia de los servicios y la afectación de la salud y economía de millones de peruanos.

Por ejemplo, el Perú es uno de los países con mayor cantidad de trabajadores administrativos y menos médicos. Mientras Canadá cuenta con 16 médicos por cada trabajador administrativo, Costa Rica con 8, Uruguay con 5 y Paraguay con 3; en el Perú la realidad se invierte: tenemos 3 administrativos por cada médico.

Además, en el país hay muy pocas camas para hospitalización: 16 por cada 10,000 habitantes, mientras en Chile existen 21 camas; en Brasil, 24 y en España, 32. A ello hay que agregar la mala organización de la logística que obliga a los pacientes a esperar dos semanas por una cita y hasta 2 horas y 15 minutos para recibir atención; en el mejor de los casos, solo 11 minutos.



Pero eso no es todo. Perú está en la cola en cuanto al gasto en salud. Aunque en el país el presupuesto público para este sector ha mejorado en los últimos años, el total de inversión pública y privada respecto al PBI no ha avanzado y representa el 5.5%, ubicando al país muy por debajo de naciones como Bolivia (6.3%), Chile (7.8%), Colombia (7.2%) y Ecuador (9.2%). Del total de la inversión, el 58.7% corresponde al gasto público, que equivale al 3.1% del PBI, frente a un 3.9% del promedio latinoamericano.

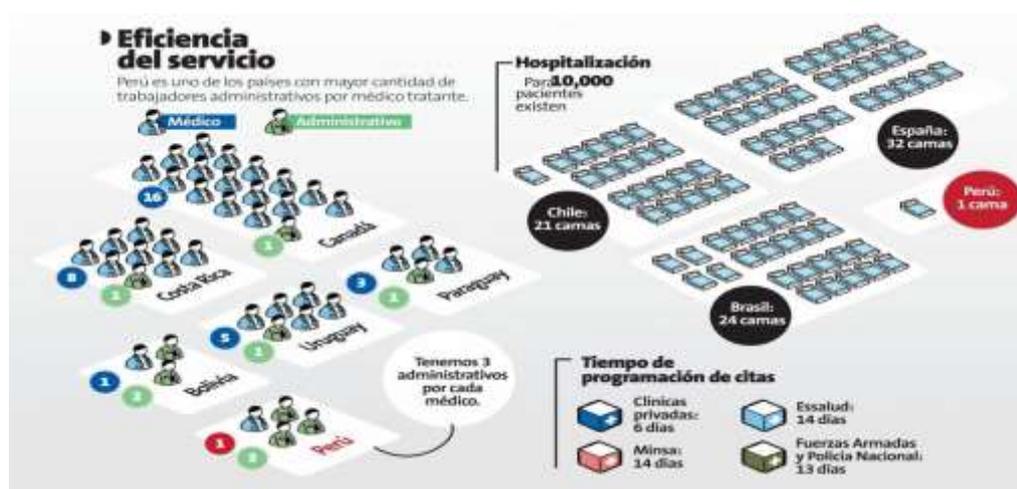
### ELEVADO GASTO DE BOLSILLO:

Juan José García, investigador principal de Contribuyentes por Respeto, indicó que el Perú también se encuentra entre los países que destinan menos recursos a la salud de las personas. El Estado consigna a la salud de cada peruano US\$656, mientras que Chile

reserva US\$1,749, es decir 70% más; otros países, como Brasil, gastan US\$1,300 y Estados Unidos, US\$9,000. Si bien el mayor gasto por persona no significa necesariamente un mejor servicio, ambos factores están estrechamente relacionados. Al analizar la composición del gasto per cápita peruano en salud, el estudio revela que el 61% de dicho gasto es de origen público y el 39% privado.

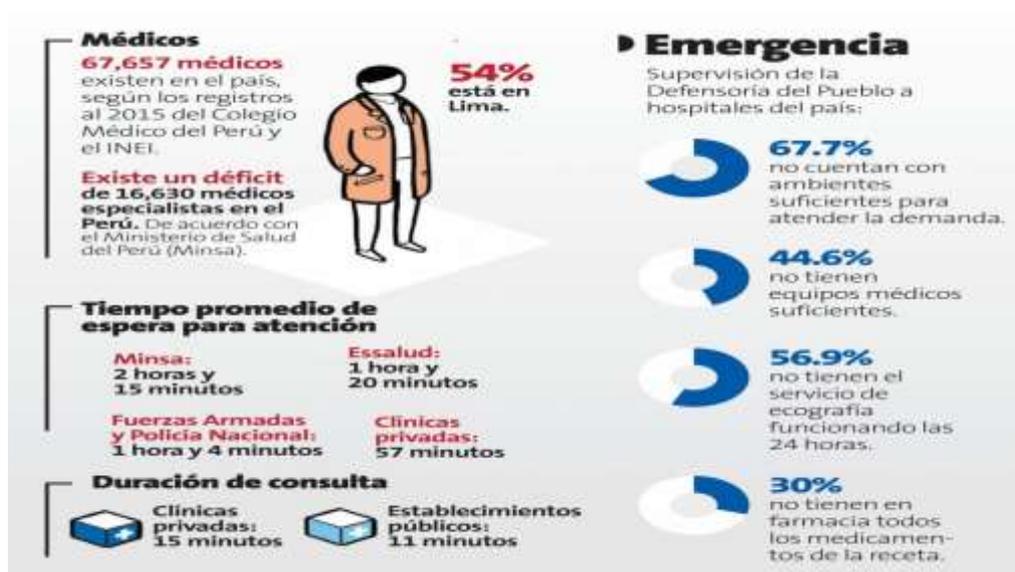
Pero dentro del gasto del rubro privado, lo que desembolsan los seguros particulares es solo 27%, mientras que el 73% restante es el gasto de bolsillo que las familias peruanas se ven obligadas a hacer porque no se satisfacen sus necesidades de atención en salud. “Los peruanos están entre los que más recursos destinan a gastos de bolsillo por salud, ya sea para la compra de medicamentos que no les dan en sus seguros o por exámenes a los que no pueden acceder por falta de equipos.

Gastamos en promedio US\$207, mucho más que Colombia (US\$29), Chile (US\$62) o Estados Unidos (US\$55), pese a que somos un país significativamente más pobre. Esto es un indicador de la ineficiencia del sistema”, manifestó García.



Precisamente, con la finalidad de revertir esta situación, el Ministerio de Salud presentó la semana pasada el Pacto por la Salud, una propuesta planteada por el ministro Abel Salinas para mejorar los servicios y atención a los pacientes. El pacto tiene tres ejes de intervención: trabajar para prevenir las enfermedades prevalentes en la población peruana; mejorar la gestión de los recursos humanos en salud; y mejorar los sistemas de salud y la calidad de los servicios. Sin embargo, para Foro Salud, el referido pacto solo es un planteamiento general de lo que se debe alcanzar, sin metas o propuestas claras de acción. “Hay ejes que son muy importantes, pero no tienen contenidos. No se sabe cómo se hará, qué meta se espera alcanzar en cada eje o cuál es el nivel de participación de los ciudadanos en estas políticas”, indicó Luis Lazo Valdivia, coordinador de Foro Salud. Lazo enfatizó que temas como el fortalecimiento de capacidades en el primer nivel de atención son positivos, pero otros como la provisión de profesionales, las políticas remunerativas y las condiciones laborales requieren de la participación de los gremios. Igualmente, dijo que el pacto debe incluir las políticas de control del Estado en el tema de los medicamentos, pues actualmente ese tema genera uno de los mayores gastos de bolsillo de los peruanos. “En el Perú hay mucho por hacer, la crisis es grave. El gasto es solo para recuperar. No hay inversión en promoción de la salud y la descentralización también afecta la rectoría, debido a que es difícil ser rector en un sistema fragmentado por subsistemas como el SIS, Essalud y las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, además de las regiones”, comentó. El presidente de la Federación Médica Peruana, Danilo Salazar Oré, sostuvo que para poder mejorar la salud pública en el Perú, lo más importante es mejorar el presupuesto del sector, pues de lo contrario todo quedará en buenas intenciones. En ese sentido, recordó que el presidente Pedro Pablo Kuczynski ofreció incrementar el presupuesto de salud en 0.5% del PBI por año, lo cual no se ha cumplido.

“Eso significa un promedio de 3,500 millones de soles anuales, pero en el último año solo se incrementó 2,300 millones de soles, que equivalen al 0.34% del PBI. Aunque es bueno que el presupuesto aumente, no es lo esperado y si seguimos así, no se alcanzarán los estándares internacionales y no se tendrán recursos humanos satisfechos ni hospitales abastecidos y con las condiciones necesarias”, subrayó. Por su parte, Juan José García añadió que una buena alternativa para avanzar en esta problemática es recoger la experiencia de los países de la OCDE y crear un sistema de salud con una alta participación de asociaciones público-privadas, que permita mejorar el servicio y fomentar el intercambio prestacional, donde sea la población la que pueda decidir dónde atenderse.



### TENGA EN CUENTA:

Aunque el Perú ha subido la esperanza de vida a 75 años, aún está lejos de otros países, como Chile o Japón, que tienen una expectativa de vida de 79 y 84 años, respectivamente.

\* Además, la población peruana aún se encuentra entre los cuatro países del mundo con más probabilidades de morir por diversas causas (12.3%), por encima de México (12.2%), aunque en el Perú la cifra se eleva por la inseguridad ciudadana.

### **1.3.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **1.3.1.PROBLEMA GENERAL**

¿Cómo influye la información del control interno en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana?

#### **1.3.2.PROBLEMAS ESPECÍFICOS**

- 1) ¿Cómo incide la información de los recursos en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana?
  
- 2) ¿Cómo interviene la información de las actividades en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana?

- 3) ¿Cómo influye la información de los procesos en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana?
  
- 4) ¿Cómo incide la auditoría del control interno en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana?
  
- 5) ¿Cómo influye el seguimiento de las recomendaciones del control interno en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana?

## **1.4. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1. INVESTIGACIONES INTERNACIONALES**

Castellar, E.; Vega V. y Ramírez, J. (2010) en su Tesis: Evaluación del sistema de control interno en la E.S.E. Hospital Local San Jacinto Bolívar durante el primer semestre del año 2010. Consideran que:

La presente investigación está orientada a la realización de una evaluación del sistema de control interno en la ESE Hospital Local San Jacinto Bolívar, durante el primer semestre del año 2010, sobre su funcionamiento y el estado en el que esté se está desarrollando, con el objeto de proponer una adecuada articulación de este sistema de control interno, que le permita obtener beneficios a cada uno de los funcionarios de la organización, y de esta manera estén en capacidad de desarrollar la autoevaluación, en su lugar de trabajo, detectar sus desviaciones, efectuar los correctivos necesarios, mejorar los roles y, en general, asumir como propio el control; como también el establecimiento de la capacidad de Autorregulación por parte de la institución, para reglamentar los asuntos propios de su función. Igualmente, la implantación de la capacidad de Autogestión, para medir, interpretar, coordinar y aplicar la función administrativa.

En éste estudio se evalúa el funcionamiento del sistema de control de la organización. Se trató de establecer una medición y análisis de la gestión institucional, reflejada a través de los tipos de controles que determinan el funcionamiento del sistema en la institución: control estratégico, control de gestión y control de evaluación. El diagnóstico de los mecanismos de control Interno implementados por la entidad, parte de la calificación de un grupo de funcionarios mediante una encuesta integrada por x preguntas, las cuales hacen referencia al grado de conocimiento o cumplimiento de cada elemento evaluado.

El trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, más específicamente del tipo descriptivo - analítico y en el mismo se aplicaron las técnicas de muestreo dirigido, para seleccionar un grupo 19 funcionarios, distribuidos en el área organizacional, equivalente al 100% de la población de funcionarios vinculados directamente con la ESE, de planta y que son los responsables de mantener el sistema de control Interno del hospital.

Se concluye a partir de la valoración de los resultados obtenidos de la calificación del Sistema de Control Interno en la ESE Hospital Local san Jacinto Bolívar, que este se ubica en el rango de INADECUADO (Ver cuadro No. 33), al obtener un puntaje de 1.78, lo que permite determinar que la entidad se debe realizar las acciones correctivas necesarias para el desarrollo de un adecuado Modelo de Control para de esta manera garantizar su existencia.

Sánchez, L. (2012) en su Tesis: Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social en Guadalupe, Nuevo León. Concuerdan en lo siguiente:

En México se han realizado avances importantes para ofrecer servicios de calidad que permitan la satisfacción del usuario. Así el interés en la calidad de la atención médica tiene su origen no sólo en el malestar expresado por los usuarios de los Servicios de Salud, sino también en el deseo de disminuir la desigualdad en el Sistema de Salud de los diferentes grupos sociales (Ortiz, 2004; Ugalde-Manrique, et al, 2012). Históricamente, las dependencias de Salud del sector público en México han operado como monopolios. Los usuarios cuentan con un margen muy reducido para la elección del prestador del servicio, y muestran poco interés por satisfacer las expectativas del consumidor o mejorar la calidad de los servicios. Por otra parte, cada día la mayoría de los usuarios tienen mayor información acerca de sus derechos, mayor

responsabilidad de su propia salud y por lo tanto exigen una mayor calidad de la atención.

En México de acuerdo a la Encuesta de Salud (Ensa II) el 40% de la población acudió a los servicios de salud que brinda la Seguridad Social lo cual nos da una idea de la cantidad de consulta que representa para estas Instituciones de Salud. El gran volumen de pacientes atendido en las consultas y las características propias de la atención en consultas externas como masificación, largas listas de espera, citas sucesivas, etc. hacen conveniente estudiar la satisfacción del usuario con las consultas externas

Por lo anteriormente expuesto representa un reto para las instituciones de salud y en particular para las de Seguridad Social el asegurar la calidad y enfocar su esfuerzo tomando siempre en cuenta al paciente a fin de lograr su satisfacción completa.

Del salto, E. (2014) en su Tesis: Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012; ha considerado que:

En los últimos años se produce un cambio importante en las relaciones médico-paciente. Uno de sus efectos es que el resultado de la atención médica se mide hoy en términos de efectividad, eficiencia, percepción por el paciente de la atención de su dolor, la sensación de su bienestar físico y mental, también, por su satisfacción con el resultado alcanzado. Por esta razón se considera oportuno analizar la calidad de la atención ofertada por parte del Departamento Médico del Instituto Nacional Mejía y la satisfacción de los estudiantes, docentes y administrativos respecto a las expectativas que tienen de sus necesidades de salud en el periodo 2012. Para lo cual se hace un estudio observacional con un diseño epidemiológico analítico trasversal en

una población de 4822 usuarios potenciales, de los cuales se toma una muestra representativa y aleatoria estratificada de 391 sujetos. Se hace una encuesta con un cuestionario previamente validado, de 20 preguntas, con una confiabilidad medida por Alpha de Cronbach de 0,832. Para el estudio las principales mediciones son calidad y satisfacción. Como resultados se encuentra que al terminar la consulta con el profesional, los usuarios manifiestan en un 92,1% hay satisfacción en la atención, IC95%: 88,97 - 94,36%, y consideran que a mayor indiferencia y descortesía tienen menor grado de satisfacción. ( $r = -0,184$ ;  $p = 0,000\dots$ ). Al terminar la consulta con el profesional, los usuarios manifiestan en un 10,5% IC95% de 7,82-13,92%, hay atención de calidad, donde se considera que a mayor indiferencia y descortesía hay menor grado de calidad en la atención ( $r = -0,192$ ;  $p = 0,000$ ),

Las conclusiones consideran que los usuarios del Departamento Médico se encuentran satisfechos de la atención entre el 88,97 y el 94,36 % de toda la población del Instituto Nacional Mejía. Más del 50% de los usuarios fueron atendidos sin Historia clínica. Se observó que previa a la atención médica no fueron tomados signos vitales en una proporción considerable de los usuarios atendidos (32%). No existe una adecuada información en post consulta por parte del personal de Enfermería. Alrededor del 98% de los usuarios consideran que el trato del médico es adecuado y solo el 2% consideran que el trato es indiferente. El tiempo de espera en la pre consulta es adecuado (81%) sin embargo se debe mejorar a favor del usuario. El 45% de los usuarios consideran que no siempre tienen las facilidades de permiso para acceder a la atención en el Departamento Médico.

#### **1.4.2. INVESTIGACIONES NACIONALES**

Chávez, V. (2010), en su Tesis: Sistema de información para el control, seguimiento y mantenimiento del equipamiento hospitalario; indica que:

El trabajo de investigación tiene como propósito fundamental presentar una solución que permita administrar de forma eficiente y confiable toda la información respecto al control, seguimiento y mantenimiento del equipamiento hospitalario. Para ello se tomó como objeto de estudio al Departamento de Ingeniería del Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú, el cual presenta muchas deficiencias de carácter administrativo en sus procesos internos de recepción, registro y cierre de Órdenes de Trabajo, así como el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos hospitalarios del HCFAP. La solución contemplada abarca desde el análisis y diseño hasta el desarrollo de algunos casos de uso más significativos de la aplicación.

La ciencia y la tecnología han influido mucho en la forma de ejercer la medicina. Los equipos para el diagnóstico y tratamiento de las diversas patologías son cada vez más necesarios y sofisticados. Los equipos deben funcionar en forma precisa y eficiente, de otra forma podrían generar desde gastos inútiles hasta la muerte de los pacientes. El deterioro de los equipos significa una descapitalización y un incremento de los costos, además los pacientes tienen derecho a ser atendidos eficientemente. El funcionamiento de los equipos hospitalarios, desde los más modestos hasta los que cuentan con amplios recursos en su administración, se caracterizan por una interrelación de servicios o departamentos que procuran en primera instancia el objetivo de proporcionar, mantener o devolver la salud a las personas que a ellos acuden.

El hecho de que todos los servicios en general y cada uno en particular tengan relación con el servicio de mantenimiento, coloca a este en un plano de gran importancia no

solamente porque en mayor o menor grado dependan de él para su adecuado funcionamiento, sino por la responsabilidad que tal dependencia implica. El grado de desarrollo que en términos generales había tenido el mantenimiento hospitalario, en comparación con otros servicios de las unidades médicas, en forma realista podemos calificarlos de pobre. Ha sido en los últimos años, quizás en el último decenio, cuando ha surgido una conciencia institucional para promover el desarrollo y una administración más moderna y efectiva del mantenimiento de las unidades médicas. Tal conciencia es consecuencia lógica y natural de una necesidad, necesidad que siempre ha existido, pero que en la actualidad no puede ya soslayarse: Conservar mejor las unidades médicas a un costo razonable. Por ello es tan importante el mantenimiento de los equipos hospitalarios, tanto el mantenimiento preventivo para evitar posibles fallas o accidentes como el mantenimiento correctivo para dar solución a las averías al más corto plazo.

Cualquier acción correctiva o preventiva que se tome debe garantizar la completa funcionalidad del equipo para evitar perjudicar a los pacientes, los trabajadores y la institución. El mantenimiento es considerado hoy en día un factor estratégico, por ello que el Hospital Central de la FAP aspira a ser más competitivo y eficiente, adoptando técnicas y sistemas que le permitan tener organizada y actualizada esa gran cantidad de información para llevar a cabo una buena gestión del mismo.

La aplicación de un Programa de Mantenimiento Preventivo y/o Correctivo, tiene un impacto directo en la óptima utilización de la vida útil de los equipos, en la continuidad de los procesos, en alcanzar los más altos niveles de seguridad y confiabilidad y por lo tanto en la reducción de los gastos de operación. Las herramientas de los sistemas informáticos son de gran ayuda para el seguimiento y programación de las actividades a realizarse, a la vez permite desarrollar cada historial del equipamiento. Con la

información recabada se pueden tener una serie de resultados e indicadores que permitan evaluar la gestión del mantenimiento.

La implementación de un sistema de información para la planificación de los trabajos de mantenimiento, así como para el control de los inventarios del equipamiento hospitalario, permitirá mejorar la gestión de inventarios con el consiguiente beneficio del aumento en el cumplimiento de la programación de tareas de mantenimiento, lo que permitirá evitar reparaciones costosas y pérdidas de tiempo por la falta de disponibilidad de equipos. El sistema va a permitir a los departamentos y secciones del Hospital Central de la FAP gestionar sus solicitudes de órdenes de trabajo de manera directa a través del sistema, así de esta manera se agilizará y reducirá el tiempo de atención de dichas órdenes, se llevará una mejor administración de los inventarios de los equipos hospitalarios y también permitirá llevar un mejor control del estado en la que se encuentran las órdenes de trabajo generadas por los usuarios.

El sistema se convertirá en una herramienta de mejora continua para el Departamento, debido a las oportunidades de identificar y revelar problemas en la gestión de inventarios, así como identificar las irregularidades de los componentes y la prevención del deterioro de los equipos hospitalarios antes que estos fallen interrumpiendo su normal funcionamiento con los pacientes. El sistema creará un ambiente de trabajo en el que interactuarán las áreas administrativas y hospitalarias del HCFAP, así como las secciones y divisiones del Departamento de Ingeniería, facilitando el intercambio de información, orientado a beneficiar a todos los usuarios del Hospital. El sistema de información de mantenimiento se encargará de informar oportunamente sobre las operaciones de mantenimiento que deben realizarse al día, generando historiales y midiendo el desempeño de las operaciones de mantenimiento y tomar acciones para mejorarlas.

Arroyo, J. y Jaime, A. (2013) en su Tesis: Sistema de Control de Farmacia para un centro de salud de nivel I-3; considera que:

El trabajo recoge toda la información relevante acerca del desarrollo del Sistema de Control de Farmacia (SISCOFARMA). En el primer capítulo del presente documento se explica el contexto del proyecto SISCOFARMA. Esto incluye información acerca del Ministerio de Salud y de la categorización de los centros de salud del MINSA para luego centrarse en el nivel I-3 de complejidad. Además, se describe sus vínculos con la empresa Saludable y las descripciones de proyectos anteriores que han servido como marco teórico para el presente proyecto. Después de entender el contexto del proyecto se procede con el planteamiento del problema y cómo será resuelto a través de la implementación de SISCOFARMA. Para esto se describen los objetivos y el alcance del proyecto. Se concluye el capítulo con información referente a la metodología de desarrollo que se utilizó para el Sistema de Control de Farmacia.

Los requerimientos del software tomados como base para la realización correcta del proyecto y poder cumplir con los objetivos del mismo. Se presenta la definición de los actores del sistema y en los requerimientos funcionales. Luego se procede a identificar las relaciones con otros sistemas. Con todo esto definido, se muestra el diagrama de casos de uso y la descripción de los elementos que lo componen. El punto final de este capítulo es la descripción de los requerimientos no funcionales del sistema. También se describe el diseño arquitectónico del sistema. El primer punto corresponde a la metodología SOMA de IBM y sobre su metodología de referencia. En el segundo punto se exponen las restricciones existentes para la realización de la arquitectura y se realiza un mapeo de actividades del proceso con los casos de uso. También se describe el diseño detallado del sistema en donde se presentan los prototipos diseñados para la

construcción del sistema, el modelo de diseño lógico y físico de la base de datos y finalmente los patrones de software utilizados. Asimismo, se explica la estrategia tomada para la priorización de la implementación de los casos de uso y los estándares utilizados para la codificación del portal y de la base de datos. Luego se explica la gestión aplicada a lo largo del proyecto. Primero se menciona el PMBOK por ser el estándar elegido para la gestión de toda la vida del proyecto. Luego, se presenta el alcance del proyecto mediante la descomposición del trabajo. En seguida se presenta el cronograma del proyecto que fue confeccionado en base a las estimaciones de tiempo y esfuerzo. Finalmente, se dedica una sección a la gestión de riesgos. Luego corresponde al aseguramiento de la calidad. En esta parte del documento se menciona el esquema de trabajo que se utilizó para la gestión de la calidad del proyecto. En este sentido, se muestran a los responsables por parte de la empresa Quality Assurance. Luego se expone el ambiente en donde se desplegó SISCOFARMA y las configuraciones que fueron realizadas.

En la empresa Saludable, durante los ciclos 2009-2 y 2010-1 se estuvo trabajando en el desarrollo de un portafolio de proyectos. El proyecto se llevó a cabo tomando como base el proyecto de Modelamiento de Procesos Empresariales para una Entidad Médica I-3 que sirvió para obtener los procesos estratégicos, core y de apoyo. El resultado de este esfuerzo se tradujo en el Portafolio de Proyectos en una Institución de Salud de nivel I-3. Los procesos core con los que cuenta una Entidad Médica I-3 son: Control de Información de Pacientes, Prestación de Servicios Clínicos, Prestación de Servicios de Atención de Pacientes, Prestación de Servicios de Promoción y Prevención Comunitaria, Control de Exámenes Médicos y Atención de Pedidos de Medicamentos.

En los últimos años los esfuerzos del MINSA por brindar servicios de calidad a la población se han visto limitados. Uno de los causantes es el crecimiento de la población. Si bien es cierto que los trabajadores de los centros de salud son los pilares del servicio no es sencillo aumentar inmediatamente la cantidad de mano de trabajo. Por ello, la solución viable es el mejoramiento en la producción. Para esto se ha planteado desarrollar un Sistema Integral de Salud que permitirá automatizar los procesos manuales y así dejar a los trabajadores del centro de salud a cargo de sus responsabilidades principales. El Sistema Integral de Salud contará con diversos módulos para apoyar la labor de los trabajadores de los centros de salud. Este proyecto está pensado para apoyar las labores diarias del personal a cargo de farmacia y laboratorio. SISCOFARMA se ha desarrollado para poder llevar a cabo el proceso de Control de Exámenes Médicos y Atención de Pedidos de Medicamentos que es parte de los procesos core de un centro de salud de nivel I-3.

SISCOFARMA resolverá los tres principales problemas que se han identificado en el contexto de este proceso: control del stock de insumos y medicamentos, registro de entrada y salida de medicamentos, y registro de solicitud y entrega de fórmulas magistrales. SISCOFARMA se integra totalmente al Sistema Integral de Salud para satisfacer estas necesidades y contar con un sistema unificado que apoye en los procesos estratégicos, core y de apoyo.

Para la realización de SISCOFARMA se basó en la información presentada en los proyectos de ciclos anteriores de la empresa Saludable. Se asumió que estos proyectos reflejan la realidad de los establecimientos de salud del MINSA, sobre todo el proceso de control de medicamentos de los centros de salud de nivel I-3 de complejidad. La arquitectura, el diagrama de proceso y las tecnologías a utilizar para SISCOFARMA que aparecen en los proyectos anteriores han servido como base; sin embargo, son

sólo propuestas que el equipo de proyecto de SISCOFARMA analizó y mejoró para el éxito del proyecto. Sin embargo, los estándares que presentaron los proyectos anteriores deberán ser respetados y aplicados al desarrollo de SISCOFARMA debido a que éstos estándares aplican en general a todos los proyectos de la empresa Saludable. El alcance del proyecto no abarca el despliegue de SISCOFARMA en algún centro de salud del MINSA. La instalación se realizó en los servidores de la universidad UPC como prueba de que el sistema funciona.

SISCOFARMA se integra, junto a otros proyectos de la empresa Saludable, al Sistema Integral de Salud, el cual cuenta con un portal único para que todos los sistemas puedan acoplarse y presentarse bajo una sola interfaz. Mediante el uso de la herramienta matriz de trazabilidad se pudo asegurar que el sistema desarrollado implementara en su totalidad el proceso de farmacia. Para esto se realizó la matriz de trazabilidad Casos de Uso vs Requerimientos Funcionales y la matriz de trazabilidad Casos de Uso vs Actividades del Proceso.

Al realizar la estructura de desglose de trabajo (EDT) se logró controlar a nivel granular el porcentaje de avance de cada una de las actividades del proyecto de manera precisa conforme estas se iban desarrollando.

La empresa Quality Assurance, encargada de la calidad de los proyectos, realizó inicialmente la inspección de los documentos con el fin de asegurar la calidad de los mismos. Posteriormente, se encargó de las validaciones del sistema desarrollado tanto funcional como no funcionalmente consiguiendo con esto el cumplimiento del indicador de éxito número dos (Documento de Aprobación por parte de la empresa QA sobre el correcto funcionamiento y la calidad del producto de software).

El cumplimiento de los objetivos específicos marca el éxito del proyecto; sin embargo, no son fácilmente medibles; por ello, los indicadores de éxito se usaron para asegurar el cumplimiento de estos y por ende alcanzar la solución al planteamiento del problema originalmente enunciado. El éxito del proyecto dependió de muchos factores externos al equipo de desarrollo. Tanto la empresa Quality Assurance y la empresa IT-Expert brindaron servicios al proyecto que ayudaron a concluirlo con éxito. Del mismo modo, los otros proyectos con los que SISCOFARMA se integra afectaron en el alcance del proyecto.

Tola, I. (2015) en su Tesis: Influencia de la gestión administrativa en los servicios de salud de los Hospitales III de Essalud de la Región Puno -2012. Considera que:

La gestión hospitalaria por el Estado, a través de un conjunto de políticas, sistemas, componentes, procesos e instrumentos que al operar coherentemente establecen la forma de prestación de los servicios de salud del segundo, tercer nivel de atención y dirigir su organización, permitiendo una gestión para el logro de los objetivos sanitarios y económicos en el marco de una red de servicios de salud. Y del estudio realizado, 27% manifiesta tener conocimiento en forma clara y transparente de las políticas del hospital, entiende que la gestión administrativa del hospital debe lograr desarrollar actividades que tiendan a mejorar los resultados clínicos, aumentar el impacto social de éstos y hacer el mejor uso de los recursos humanos y económicos; 21% opina que no se da la búsqueda de la excelencia institucional y no se exige a los profesionales de la salud participen en la gestión administrativa.

En lo referente a la capacitación especializada, 36% juzga, se da poca importancia a la capacitación por competencias, es decir los directores de los hospitales III de

Essalud no generan lineamientos que promuevan la alta especialización de los servidores de salud. Así mismo la gestión para equipos médicos, medicinas e insumos, en los hospitales III de Essalud de la Región Puno, los responsables de áreas especializadas en ingeniería biomédica deberían asistir a la resolución de la problemática sobre gestión de equipo médico, medicinas e insumos, de manera que los equipos médicos cumplan con su cometido de influir en los servicios de salud.

Las tecnologías en salud han experimentado una gran evolución, hoy en día los hospitales se ha convertido en un complejo espacio donde se utiliza alta tecnología; si se busca responder a las necesidades de salud de la población, se precisa de una óptima gestión de las tecnologías en salud en los hospitales III de Essalud de la Región Puno, 37% opina que la gestión de tecnologías de salud no guarda relación con el concepto del ciclo de aplicación tecnológica. Así mismo, 32% establece que los directivos no enfocan la gestión como uno basado en competencias, lo cual no permite que sus recursos humanos desarrollen su talento humano y transforme su cultura en una organización de alto desempeño.

Los directores y jefes de áreas de salud de los hospitales III de Essalud de la Región Puno no implementan cambios y rediseños de procesos, mediante el colaborativo de mejoramiento; donde 44% no concibe la diferencia a los colaborativos de mejoramiento de otros métodos de calidad; es decir no están actualizados en la tecnología del colaborativo de mejoramiento; 21% opina que los hospitales probablemente no cuenten con planes de colaborativo de mejoramiento como instrumento para una gestión administrativa eficiente. Finalmente, la satisfacción del asegurado, 40% revela que los hospitales III de Essalud de la Región Puno no cuentan con sistemas de seguimiento de los pacientes asegurados, sobre todo de pacientes con enfermedades crónicas.

Se concluye que la gestión administrativa de los Hospitales III de Essalud de la Región Puno no es eficiente y no es eficaz por consiguiente influye en grado mínimo en el colaborativo de mejoramiento de los servicios de salud, porque probablemente los directivos de las jefaturas de los hospitales III de Essalud, aún no se actualizan en lo referente a la tecnología del colaborativo de mejoramiento en servicios de salud, así mismo la gestión administrativa actual no tiene previsto implementar planes y/o proyectos de mejora continua; es decir los directivos de la áreas de salud no se preocupan por contar con planes de mejora continua en servicios de salud; y pareciera que no desean lograr los estándares de calidad de prestación de servicios de salud.

Se finaliza, estableciendo que en los Hospitales III de Essalud de la Región Puno, no se da la relación: “las estrategias de gestión influye en el colaborativo de mejoramiento en los servicios de salud en los pacientes”; porque no tienen determinado los costos reales de los medios de producción; así mismo los directivos de los hospitales III de Essalud de la Región Puno no saben exactamente sobre cómo se produce servicios de salud de calidad (colaborativo de mejoramiento); es decir en lo referente a gestión administrativa de hospitales no tienen definido cómo estandarizar los procesos clínicos sobre la base de la mejor evidencia disponible a fin de decidir que tecnologías se adoptan, que procedimientos se utilizan, y cuáles son los perfiles idóneos de los recursos humanos necesarios.

Redhead, R. (2015) en su Tesis: Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau Distrito de Chaclacayo 2013. Establece que:

El trabajo se desarrolló con el objetivo de establecer la relación que existe entre la calidad de servicio y la satisfacción del usuario del centro de salud “Miguel Grau” de

Chaclacayo, en el año 2013. En esa investigación se utilizó el diseño de investigación no experimental, transeccional y descriptivo correlacional. Para recopilar la información se usó el cuestionario de calidad de servicio (servqual) y el cuestionario de satisfacción del cliente externo. La muestra fue de 317 de clientes externos del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo. Se demostró con esta tesis que sí existe una relación directa y significativa entre la calidad del servicio y la satisfacción del usuario, de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo, 2013.

Entre las conclusiones se tiene que la calidad de servicio es Regular y la satisfacción del usuario externo es Regular según los encuestados que asisten al Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo. Existe una correlación directa y significativa entre las variables calidad del servicio y satisfacción de los usuarios al Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo. Existe una correlación directa y significativa entre la fiabilidad y satisfacción de los usuarios al Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo. Existe una correlación directa y significativa entre la capacidad de respuesta y satisfacción de los usuarios al Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo. Existe una correlación directa y significativa entre la seguridad y satisfacción de los usuarios al Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo. Existe una correlación directa y significativa entre los elementos tangibles y satisfacción de los usuarios al Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo. Existe una correlación directa y significativa entre la empatía y satisfacción de los usuarios al Centro de Salud Miguel Grau de Chaclacayo.

Ramos, L. (2015) en su Tesis: Factores asociados al nivel de satisfacción sobre la calidad de atención del usuario externo Centro de Salud de Picsi, 2015. Establece que:

El trabajo está basado en un estudio observacional, analítico, prospectivo de corte transversal, que tuvo como finalidad determinar los factores asociados al nivel de satisfacción sobre la calidad de atención del usuario externo en el Centro de Salud de Picsi, durante los meses de Junio a Agosto del 2015. Esta investigación nos permite evaluar el grado de satisfacción de la atención en los diferentes servicios que presta el centro de salud desde la perspectiva del usuario externo, Para la obtención de la información realizamos una encuesta se trabaja con un nivel de confianza muestral del 95%, un error estándar del 10% y como en este centro de salud no existe referencia alguna de mediciones anteriores se determina que la proporción de pacientes insatisfechos sea igual que la de pacientes o usuarios satisfechos.

El instrumento empleado en la recolección de datos, es una encuesta validada por el MINSA, para este tipo de centro de salud de atención primaria y consta de 22 preguntas sobre las expectativas y 22 sobre las percepción, distribuidos en cinco dimensiones de evaluación de la calidad de los servicios recibidos, cada pregunta tiene un rango de respuestas que va del 1 al 7, siendo 1 la menor calificación y 7 la mayor calificación. Con este instrumento se ha concluido que hay un 72,2% de usuarios satisfechos con los servicios brindados por el Centro de Salud de Picsi y un 27,84% manifiestan no estar satisfechos.

En la metodología se empleó la encuesta Servqual Modificada para los Establecimientos de Salud y se procesaron los datos obtenidos a través del programa de Microsoft Excel 2010 y el aplicativo Epi Info, validada por el Ministerio de Salud según RM 0527-2011. Se entrevistaron a 96 usuarios externos que acuden a los diferentes servicios del Centro de Salud, las variables de estudio fueron las dimensiones establecidas por el método aplicado.

Los resultados de este trabajo muestran un 72,2% de satisfacción de los usuarios externos frente a un 27,84% de insatisfacción. Dentro de las variables con mayor satisfacción están la Seguridad con 96,13%, seguido de Empatía con 91,3% y luego casi coincidentes con el resultado están los Aspectos Tangibles y la Fiabilidad con 64,3% y 64,2% respectivamente, mientras que la variable que determina el mayor grado de insatisfacción es la Capacidad de Respuesta con un 87,81% de población que no ve reflejada sus expectativas en lo que se refiere a este punto fundamentalmente a la pregunta 9 sobre que el establecimiento cuente con mecanismos para resolver cualquier problema que dificulte la atención a los usuarios mostrando un 75% de la población insatisfecha. Las conclusiones demuestran que los usuarios externos del Centro de Salud de Pícsi, están satisfechos con la calidad de atención que reciben en un 72,2%, lo que según el método validado para este estudio está dentro de lo que se considera adecuado para un buen servicio con calidad de servicio.

Teniendo en consideración los resultados del estudio realizado, se presentan las siguientes conclusiones: Se encontró un nivel de Satisfacción del usuario externo de 72,2% del usuario externo atendido en el Centro de Salud de Pícsi, contra un 27,8% de insatisfacción. La dimensión que registra el más alto nivel de insatisfacción es la Capacidad de Respuesta con un 57,81% en forma general, mostrando un pico elevado de insatisfacción del 75% de los usuarios por que no encuentran soluciones rápidas para resolver las dudas o reclamos de los usuarios del servicio. La variable empatía analizada en este estudio, nos da que el 91,3% de usuarios manifiestan su satisfacción, prevaleciendo en este centro el respeto, buen trato y amabilidad del personal del Centro de Salud hacia los usuarios. Referente a las características Sociodemográficas de los usuarios externos, tenemos que el 98,9% son de sexo femenino, hay un 36,5% que cuenta con instrucción primaria, 39,6% con educación secundaria, 13,5% con

educación superior técnica, 4,2% con educación superior universitaria y hay un 6,25% de los usuarios analfabetos. En su gran mayoría los que acuden al centro de salud son usuarios que tienen seguro de salud por el SIS, 90,6% y hay un 5,2% de usuarios que no tienen ningún tipo de seguro. Además, la mayoría de pacientes que acuden al centro de salud son continuadores (97,9%).

## **1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Este trabajo se justifica porque se busca la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana, mediante la información del control interno obtenida de los recursos, actividades, procesos, auditoría y el mismo seguimiento de las recomendaciones del control interno.

### **1.5.2. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

Este trabajo es importante por cuanto se trata del estudio de dos importantes teorías como la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

Además, es una propuesta que busca solucionar una problemática que afecta la salud de las personas, ante lo cual las alternativas de solución están plenamente justificadas.

## **1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Este trabajo está limitado a lo siguiente:

- 1) Su problema: La falta de satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.
- 2) La solución: A través de la información del control interno

## **1.7. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.7.1.OBJETIVO GENERAL**

Determinar la influencia de la información del control interno en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

### **1.7.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Establecer la incidencia de la información de los recursos en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.
- 2) Determinar la intervención de la información de las actividades en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.
- 3) Establecer la influencia de la información de los procesos en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.
- 4) Determinar la incidencia de la auditoría del control interno en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

- 5) Establecer la influencia del seguimiento de las recomendaciones del control interno en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

## **1.8.HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.8.1.HIPÓTESIS GENERAL**

La información del control interno influye en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

### **1.8.2.HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

- 1) La información de los recursos incide en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.
- 2) La información de las actividades interviene en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.
- 3) La información de los procesos influye en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.
- 4) La auditoría del control interno incide en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

- 5) El seguimiento de las recomendaciones del control interno influye en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. MARCO CONCEPTUAL

#### 2.1.1. INFORMACIÓN DEL CONTROL INTERNO

Para Jara, E. (2009) en su Libro: El control en el proceso administrativo; se tiene que:

La palabra control sugiere la idea de comprobación, inspección, verificación, revisión, supervisión, etc. El control es la función de administración que cierra el proceso administrativo, es la consecuencia lógica del acto de administrar, es una función indelegable de todo cargo con responsabilidad de conducción, ya que ambos conceptos están unidos.

**Algunos conceptos:** “El conjunto de procesos de recolección y utilización de información que tiene por objeto supervisar y dominar la evolución de la organización en todos sus niveles”. “El control se ejerce a través de diferentes mecanismos que no sólo miden el resultado final obtenido, sino que, también, tratan de orientar e influir en que el comportamiento individual y organizativo sea el más conveniente para alcanzar los objetivos de la organización”. “Proceso de monitorear las actividades para asegurarse de que se lleven a cabo de acuerdo con lo planificado y para corregir cualquier desviación significativa”. En general podemos definir control como: “un sistema de información que permite comparar lo planeado con los resultados obtenidos a través de la gestión, adoptando las medidas correctivas pertinentes en caso de detectarse desviaciones significativas”.

En Administración el concepto de control ha ido evolucionando a través del tiempo con la incorporación de las nuevas corrientes del pensamiento administrativo: Fue Henri Fayol el primer autor que utilizó el término como verificación de los aspectos operativos. La Escuela de las Relaciones Humanas lo interpreta como un proceso mediante el cual se verifica el comportamiento de los miembros de la organización a fin

de que contribuyan al logro de las metas asignadas. A partir de la Escuela de la Administración Estratégica se comienza a cambiar el enfoque de verificación por el de monitorización, introducido por F. Frischknecht, como el proceso dinámico y continuo, que consiste en adoptar decisiones sobre el presente y el futuro en función información del pasado, es decir, un sistema de información que permite seguir el funcionamiento de los planes una vez puestos en marcha, medir las desviaciones que se producen, conocer sus causas y tomar las acciones correctivas pertinentes.

El control aparece entonces como el sistema que proporciona información y detecta oportunidades para decidir, como la facultad de dominar una situación, evaluando resultados, corrigiendo la acción de modo de lograr los objetivos esperados. Las características e intensidad de los sistemas de control varían en las distintas organizaciones, dependiendo de factores como el tamaño, la actividad, el contexto, los recursos, etc.

**Tipos de control:** La tipología del control dependerá del criterio de análisis que se adopte. Podemos mencionar tres clasificaciones básicas: Según los factores de análisis: supone que, dependiendo de la realidad particular de cada empresa, existen tres enfoques del control que deberá considerar, poniendo mayor o menor énfasis en cada uno.

**Del mercado:** Aplica mecanismos externos de mercado, como la competencia, los precios y la participación relativa de mercado, entre otros. Este tipo de enfoque es utilizado por empresas que poseen productos o servicios claramente específicos y distintivos y donde existe una considerable competencia en el mercado. Son ejemplos: las bebidas gaseosas a nivel mundial, y a nivel local productos como la lana.

**Burocrática:** Pone énfasis en la autoridad organizacional y se basa en reglas administrativas, reglamentos, procedimientos, y políticas. Este tipo de control depende de la estandarización de actividades, descripciones de puestos de trabajo bien definidas y otros mecanismos administrativos. Un ejemplo concreto de control burocrático lo constituyen los presupuestos.

**Entre otros tipos de control tenemos:**

**Del clan:** Este tipo de enfoque se basa en las conductas de los recursos humanos de la organización dadas por los valores compartidos, las normas de grupo, las tradiciones, las creencias y otros aspectos de la cultura organizacional

Según el nivel de estructura formal: La división en niveles de control no es uniforme para todas las organizaciones y dependerá básicamente del grado de descentralización que exista en cada una de ellas, lo que determinará el nivel jerárquico en el que se adopten decisiones vinculadas al control.

**Superior:** tiene por objeto establecer la validez de los planes de nivel estratégico y evaluar la adecuada y coherente asignación de los recursos en este nivel de la estructura. Se caracteriza por no estar sujeto a pautas predeterminadas, ya que evalúa básicamente decisiones no programadas.

**Intermedio:** se ocupa de medir la consistencia de los planes de nivel táctico en el marco del sistema de planeamiento integral y evaluar la correcta asignación y distribución de recursos sectoriales. Puede recaer sobre decisiones programadas, para las cuales se ajusta a determinados estándares preestablecidos o decisiones no programadas.

**Inferior:** es el encargado de supervisar el cumplimiento de los planes de este nivel, comprobando su puesta en marcha y funcionamiento a partir del seguimiento de las acciones desarrolladas. Normalmente se trata de un control sobre las operaciones rutinarias que surgen a partir de decisiones programadas, con pautas de control prefijadas.

**Según la oportunidad de realización:** Los administradores pueden implementar controles en diferentes momentos, es decir, antes de comenzar una actividad, mientras ésta se encuentra en marcha o después que la misma ha terminado.

**Preventivo:** Se constituye como el tipo más deseable de control e intenta prevenir los problemas previstos. Se le llama control preventivo o anterior a la acción porque se realiza antes de la actividad en cuestión. Está orientado al futuro. En síntesis, el control preventivo consiste en emprender la acción administrativa antes que se presente el problema.

**Concurrente:** Se realiza al mismo tiempo que una actividad se está desarrollando. Cuando el control se aplica durante la realización del trabajo, la gerencia puede corregir los problemas en forma oportuna, antes de que se vuelvan altamente costosos. La forma más utilitaria de control concurrente es la supervisión directa. Por ejemplo, cuando un superior supervisa directamente las actividades de un subordinado, puede vigilar simultáneamente las acciones del empleado y corregir los problemas a medida que estos surjan. En la actualidad, muchos programas de calidad, se basan en controles concurrentes para informar a los trabajadores si su producción y sus niveles de

rendimiento son de calidad suficiente para garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad.

**Correctivo:** Este tipo de control se basa en la retroalimentación. Dicho control se realiza después de que la actividad ha llegado a su término. La principal desventaja de este tipo de control es que cuando se recibe la información, el daño ya está hecho. Los informes financieros son un claro ejemplo de este tipo de control. Tal es el caso de los informes sobre ventas, los cuales muestran que los ingresos por ventas han disminuido o aumentado, esto es que el hecho del aumento o la disminución ya se ha dado.

**Características del control:**

Como se señaló anteriormente, el diseño del sistema de control variará de acuerdo a la realidad particular de la organización en cuestión. Sin embargo, existen una serie de características comunes que procuran la eficacia del sistema:

**Precisión:** un sistema de control que genera información imprecisa puede inducir a no actuar cuando se debiera o reaccionar contra un problema que no existe. Un sistema de control preciso es digno de confianza y proporciona datos válidos.

**Oportunidad:** los controles deberán advertir a los administradores en forma oportuna cuando se producen las variaciones. Un sistema de control eficaz deberá aportar información oportuna, ya que la mejor información tiene escaso valor cuando se torna obsoleta.

**Economía:** la operación de un sistema de control debe ser económica, es decir que, todo sistema de control tendrá que justificar los beneficios que aporta en relación con los costos que ocasiona.

**Flexibilidad:** los controles deben ser lo suficientemente flexibles como para ajustarse a cambios adversos o para aprovechar nuevas oportunidades.

**Inteligibilidad:** los controles que no son comprensibles para los usuarios carecen de valor. Un sistema de control que es difícil de entender puede ocasionar errores innecesarios, frustrar a los empleados y a la larga ser ignorado.

**Criterios Razonables:** los estándares de control deberán ser razonables y susceptibles de alcanzarse. Si son demasiado altos o no resultan razonables, su posible acción motivadora desaparece.

**Localización estratégica:** los administradores deberán establecer controles sobre los factores que sean estratégicos para el rendimiento de la organización. Los controles deberán abarcar las actividades, operaciones y eventos críticos dentro de la organización.

**Acción Correctiva:** Un sistema de control eficaz deberá no sólo señalar el problema sino también especificar una solución. Es decir que deberá sugerir medidas alternativas que será conveniente tomar para corregir la desviación.

**El proceso de control:**

El control puede ser analizado como el proceso de evaluación tendiente a determinar la real o efectiva aplicación del sistema de planeamiento integral establecido para la organización. Gráficamente, el proceso de control pueda adoptar la forma circular identificando la acción continua entre sus fases y de retroalimentación permanente: Son etapas del proceso de control: El establecimiento de normas de control, estándares o indicadores de desempeño. Esta etapa se relaciona directamente con la fase de planeamiento. En esta última se definen los objetivos o acciones a realizar. La fase de control surge como la instancia necesaria para medir el cumplimiento de lo planeado. Se requiere entonces de la definición de una base, un estándar o un indicador de la gestión. Es decir, el nivel de desempeño esperado (unidad de medida) para una acción o un objetivo.

**Etapas del control:** Establecimiento de normas; Medición del rendimiento real; Comparación del rendimiento real-estándar; Identificación de desviaciones y Acciones correctivas

**La medición del rendimiento real:** En esta etapa del proceso se evalúa el grado de rendimiento real sobre los parámetros preestablecidos. Para ello se recurre a diferentes fuentes como:

La observación directa tiene como ventaja proveer información no filtrada a través de otra persona. Sin embargo, demanda mucho tiempo y siempre estará sujeta a los sesgos personales del observador.

Datos estadísticos: La accesibilidad actual de los sistemas informáticos ha permitido expresar la información a través de datos estadísticos. Este recurso no se limita sólo a datos numéricos sino también gráficos, diagramas de barras, entre otros. Si bien este tipo de

informes permite visualizar rápidamente datos numéricos, la información que ofrecen pasa a ser limitada al no poder informar sobre factores importantes de tipo subjetivos.

Los informes verbales presentan como ventaja la rapidez y la posibilidad de retroalimentación instantánea. Sin embargo, sus desventajas son semejantes a la observación directa sumada a la imposibilidad de documentar la información.

Los informes escritos, al igual que los estadísticos son más lentos y más formales. A menudo resultan más completos que los verbales

### **Herramientas de control**

Para ejercer el control en cada uno de los niveles señalados, la administración emplea diversas herramientas o instrumentos en función de los atributos a considerar en cada caso:

**De Control Superior:** En este caso, las herramientas estarán orientadas a evaluar y monitorear el desempeño global de la organización. A modo de ejemplo, se enuncian a continuación: Análisis económico/financiero/patrimonial; Auditoría externa; Control histórico (de resultados, de inversiones, de capital, de operaciones, etc., en general, es el control que se realiza con información contable); Evaluación estadística.

**De Control Intermedio:** En este nivel, las herramientas de control se abordan desde cada unidad de la organización como un conjunto de recursos, de manera aislada, orientadas al mediano plazo.

**Control presupuestario:** El presupuesto como plan, tiene una fase estrictamente de control, el control presupuestario. Los presupuestos involucran acciones administrativas

que producen resultados observables dentro de períodos determinados de tiempo. El control presupuestal implica planeación y control.

**Control de costos:** El sistema de información que opera sobre los costos está dado por una rama especializada de la contabilidad como lo es la contabilidad de costos. Trata las informaciones sobre la acumulación y el análisis de costos, asentando los costos en algún tipo de unidad-base, como productos, servicios, componentes, proyectos o departamentos. A partir de conceptos como costos fijos, variables y determinación del punto de equilibrio, se puede acceder a técnicas de planeación y control sencillas ya que muestran cómo los diferentes niveles de venta afectan las ganancias de la empresa.

**De Control Inferior:** En el nivel inferior, las herramientas estarán orientadas al control de ejecución de las operaciones. Las herramientas deberán abordar entonces, aspectos más específicos como las tareas y operaciones. Al ser su espacio de tiempo el corto plazo, su objetivo es inmediatista, es decir, evaluar y controlar el desempeño de las tareas y operaciones en cada momento.

**Control de producción en línea de montaje:** es un mecanismo impersonal de control que ejerce más que jerarquía, una continua limitación al desempeño de los subordinados. La línea de montaje especifica previamente las tareas, los métodos de su ejecución y el tiempo involucrado.

**Control de procedimientos:** este control consiste en analizar el desarrollo actual de un procedimiento, de principio a fin, considerando cada una de sus sub-fases de realización.

Luego de conocer y analizar el estado actual, se podrán identificar desvíos y mejoras necesarios, llevando al rediseño del procedimiento en cuestión.

**Hoja de registro de datos:** Existen instrumentos de recolección de datos que actúan como verificadores o controladores de la ejecución de tareas o actividades específicas o bien, del estado de determinados procesos o productos. A modo de ejemplo se enuncian: ficha de inventario, planilla de cierre de caja, etc.

### **Otras herramientas de control**

**Gráfico de Gantt:** Este método indica de forma gráfica qué actividades deben cumplirse en relación al tiempo total de un proyecto. Para ello, se descompone el plan o proyecto en tareas o actividades, se las ordena por orden cronológico y se trazan estas tareas en una línea de tiempo. Se grafica indicando dos ejes. Uno de ellos presenta la secuencia de actividades del proyecto, el otro las unidades de tiempo. Se muestra así, en un mismo gráfico, el trabajo planificado y el efectivamente realizado con sus respectivas asignaciones de tiempo.

### **Control de gestión:**

Según Certo, M. (2016) en su Libro: Administración moderna:

Este tipo de control ha sido incorporado al lenguaje usual de la administración a partir de la década del 60. Los cambios producidos en el contexto, han exigido esfuerzos de adaptación y de comportamiento a los directivos de las organizaciones tendientes a incrementar su capacidad competitiva; estos cambios también se trasladaron a la concepción de los sistemas de control, y de allí la incorporación del control de gestión.

Con una mirada retrospectiva se puede advertir que en los sistemas de control tradicionales no se incluían indicadores no financieros, internos y externos, de corto y largo plazo para poder medir los aspectos cualitativos de la gestión.

La nueva concepción del control, propone dar énfasis a los aspectos cualitativos y no contables (exclusivamente cuantitativos) del control, sumando también, aspectos motivacionales y culturales.

Esta visión resulta de la necesaria adaptación de las herramientas de gestión al uso por parte de organizaciones que viven en entornos emergentes e imprevisibles, donde indefectiblemente se deben sumar a las variables de control tradicionales (contables y operativas), otras más informales, para abarcar así todos los procesos.

De esta manera, el control de gestión pasa a ser clave en el desarrollo del proceso administrativo, pues adquiere alta relevancia en entornos cambiantes, convirtiéndose en la brújula de los directivos que ayuda a diagnosticar dónde estamos, definir el rumbo, comunicarlo para alinear los comportamientos de la organización y monitorear posibles desvíos.

El control de gestión se puede definir entonces como un sistema de información que permite al nivel directivo efectuar una revisión crítica, cuanti y cualitativa, del planeamiento, determinando el grado en que se logran los distintos planes para permitir realizar los ajustes y corregir los desvíos producidos pasando por todos los niveles de la organización.

En síntesis, debe entenderse que el control de gestión: Es un medio para desplegar la estrategia en toda la organización Desarrolla actividades de diagnóstico, planificación y evaluación Sirve para evaluar el desempeño de la organización, entendida como la medición y análisis de los resultados, desde múltiples ángulos o criterios, para decidir qué acción tomar a partir de los recursos disponibles, con una orientación hacia su

mejora permanente en todos los niveles de la organización es un medio para movilizar el talento y la energía del colectivo hacia el logro de los objetivos de la organización .

Es un medio para gestionar el cambio

### **El tablero de control (TC), una de las herramientas del control de gestión:**

Según Certo, M. (2006) en su Libro: Administración moderna:

El TC parte de configurar un sistema de información cuyo objetivo y utilidad básica es diagnosticar adecuadamente una situación. Se lo puede definir como el conjunto de indicadores cuyo seguimiento periódico permitirá contar con un mayor conocimiento de la situación de la organización o sector. Su diseño comienza con la identificación de áreas clave, es decir, aquellos temas relevantes a monitorear y cuyo fracaso permanente impediría la continuidad y el progreso de la organización o el sector.

Se pueden identificar cuatro tipos genéricos de tableros, siendo los tres primeros concordantes con los niveles de planeamiento y estructura formales, a saber:

**Tablero de control operativo:** aquel que permite un seguimiento al menos diario del estado de situación de un sector o proceso de la organización, para poder tomar a tiempo las medidas correctivas necesarias. Este tipo de tablero deberá proveer información para la toma de decisiones operativas en áreas como finanzas, compras, ventas, producción, etc.

**Tablero de control directivo:** es el que posibilita monitorear los resultados de la organización en su conjunto y de las diferentes áreas clave en que se puede segmentarla. Está más orientado al seguimiento de indicadores de los resultados internos de la organización en su conjunto.

**Tablero de Control estratégico:** Brinda información interna y externa necesaria para conocer la situación y evitar situaciones inconvenientes con respecto al posicionamiento estratégico y a largo plazo de la organización.

**Tablero de control integral:** nuclea la información más relevante de las tres perspectivas anteriores para que la alta dirección de la organización pueda acceder a aquella que sea necesaria para conocer a situación integral de su empresa.

Las aplicaciones existentes de esta herramienta lo convalidan como un sistema de mediciones útil en entornos dinámicos cuando las características de incertidumbre obligan a las organizaciones a ser más flexibles y a gerenciar con sistemas más complejos que los requeridos en contextos más estables.

Hernández, R. (2010) en su Libro: Introducción a los sistemas de control: Conceptos, aplicaciones y simulación con Matlab; indica que:

A manera de inicio, básicamente se presenta la notación y el vocabulario propios de la materia, así como los conceptos generales. Intencionalmente, en esta parte se evitan tanto el lenguaje matemático como la introducción de ecuaciones; sin embargo, se da gran relevancia a la aplicación práctica mediante amplificadores operacionales con la finalidad de llevar a cabo la construcción de dos diferentes tipos de controles: sí-no (para obtener un sistema automático de iluminación, o bien, un dispositivo autorregulable de temperatura) y un sistema de control automático de velocidad de un motor de CD ajustable según las necesidades del usuario, mediante variaciones de ganancia.

**Transformada de Laplace:** La herramienta indispensable utilizada en el análisis de los sistemas de control desde el punto de vista clásico es la transformada de Laplace; por tal motivo se expone el tema correspondiente dando gran importancia a la interpretación física de dicha herramienta matemática. Además, al término del capítulo se incluyen diversos comandos de Matlab relacionados con el dominio “s”. Una vez que el estudiante haya adquirido el concepto de la transformación, así como su correspondiente significado físico, la simulación con Matlab le resultará altamente motivante.

**Modelos matemáticos de sistemas físicos:** Esta parte fue escrito pensando en darle una gran importancia y aplicación al control en los muy diversos campos de la ingeniería. Además, contiene la esencia del trascendental paso de representar un modelo físico hacia su correspondiente equivalente matemático; para entonces, el estudiante habrá adquirido la habilidad suficiente para sortear con éxito la representación de la abstracción matemática de su equivalente físico. Esta parte contiene una amplia diversidad de modelos, así como atrasos de tiempo y no linealidades. Asimismo, se introduce Simulink, una herramienta de Matlab mediante la cual es posible representar a manera de bloques un conjunto de ecuaciones diferenciales interactuantes (en el dominio tiempo), o bien, funciones de transferencia a manera de bloques (propias del dominio “s”). De esta forma, será posible enviar el modelo desde Simulink hacia Matlab, el cual llevará a cabo la extracción del sistema respectivo para obtener la función de transferencia resultante a manera de sistemas SISO (una entrada – una salida), o bien, en forma de sistemas MIMO (multientradas – multisalidas).

**Reducción de sistemas:** Analiza el importante concepto de obtener la función de transferencia de lazo cerrado  $T(s)$  mediante el método de Mason aplicado a los

diagramas de flujo de señales, o bien, a los diagramas de bloques. Además, se trata el tema del álgebra de bloques, la cual tiene como finalidad reducir a un solo bloque un conjunto de funciones de transferencia individuales. El capítulo termina con la sintaxis propia de MATLAB para llevar a cabo la simplificación de modelos, así como de la herramienta Simulink donde se procede a extraer el sistema desde Simulink hacia Matlab.

**Características de respuesta de los sistemas:** Los sistemas pueden catalogarse desde muy diversos puntos de vista; dicha clasificación se llevará a cabo con respecto al orden de la ecuación diferencial que define al sistema (independientemente del principio físico implicado); así, existirán modelos de primer orden, segundo orden, etcétera. Dependiendo del orden de la ecuación diferencial, la respuesta del sistema tendrá características propias, por lo que en cada caso se incluirán los parámetros propios de cada configuración. La teoría de control clásica establece que todo sistema de orden superior, en algunos casos, puede aproximarse a comportamientos propios de sistemas de segundo orden, por lo cual se tratarán los modelos que pueden o no ser representados como sistemas de orden dos. Se continúa con una herramienta de modelado de sistemas, con la cual, partiendo de que se tiene acceso a la respuesta en tiempo de un determinado sistema (mediante una tarjeta de adquisición de datos), se procede a presentar diversas técnicas para llegar a obtener una aproximación matemática de la función de transferencia de lazo cerrado  $T(s)$  del modelo real, independientemente de su grado.

**Criterio de estabilidad de Routh–Hurwitz y lugar geométrico de raíces:** Se inicia con la presentación del método propuesto por Routh y Hurwitz, el cual se caracteriza por ser una herramienta de muy fácil aplicación para determinar la estabilidad absoluta

de polinomios característicos de grado  $n$  relacionados con los denominadores de funciones de transferencia de lazo cerrado  $T(s)$ , incluso para sistemas en los cuales la ganancia se hace variar en un intervalo específico de valores. Continúa con la presentación del importante concepto de lugar geométrico de raíces (LGR), procedimiento de gran relevancia para el diseño de sistemas de control en régimen transitorio. A continuación, y a manera de homenaje, se presenta el método de W. R. Evans, el cual es un procedimiento sumamente ingenioso para llevar a cabo el objetivo mencionado. Para finalizar el capítulo se mencionan los diversos comandos que Matlab emplea para el análisis y diseño de los sistemas de control mediante el LGR.

**Análisis de error y sensibilidad:** Una característica propia de las configuraciones de control es la relacionada con el error de estado estable que presentan los sistemas para diversas clases de entradas y de acuerdo con el tipo de sistema empleado. Así, se procederá a cuantificar dicho error, tanto para sistemas sin retroalimentación como con retroalimentación unitaria. Además, la sección correspondiente introduce el concepto de constantes de error: de posición, de velocidad y de aceleración. La retroalimentación conlleva diversas características específicas; una de ellas es la baja sensibilidad del sistema para variaciones de parámetros específicos de la propia configuración. De esta forma, en esta sección se introduce y desarrolla el concepto de la sensibilidad del sistema para variaciones de sus parámetros, para así proceder a cuantificar dicha sensibilidad.

**Modos de control y diseño de controladores:** Una vez que se ha diseñado un sistema de control, puede suceder que el comportamiento de la configuración presente características no deseadas en su régimen transitorio y/o en su error de estado estable.

Por esa razón, es necesario adicionar al sistema un elemento que trate de corregir dichas desviaciones. Se procede a definir los diferentes modos de control, como son las acciones proporcional, integral y derivativa, así como combinaciones entre éstos para formar los controladores: Proporcional-Integral (PI), Proporcional-Derivativo (PD) y Proporcional-Integral-Derivativo (PID). Una vez que se han establecido las características individuales de los diversos controladores y sus posibles combinaciones, se procede a considerar los diversos criterios clásicos empíricos existentes para sintonizar los diferentes tipos de controladores aplicando los métodos de Ziegler-Nichols y el de Cohen-Coon; además, se toma como ejemplo el diseño de un sistema de control con base en especificaciones particulares de diseño.

Paz, M. (2009) en su Tesis: El control interno y la gestión de las clínicas privadas de Lima Metropolitana:

Este trabajo de investigación tuvo como finalidad proponer un software de Sistema Integrado de Gestión de Calidad de Salud, cuyo objetivo es impulsar el fortalecimiento, actualización e implementación del Sistema de Control Interno de Gestión en las Clínicas Privadas de Lima Metropolitana. Este trabajo es útil, porque beneficiará a los siguientes protagonistas: a) A las clínicas privadas, que al contar con un sistema integrado de gestión de calidad de salud fuerte en su estructura y al estar involucrado todo el personal de manera consciente y responsable, les permitirá trabajar en un ambiente confiable, en la búsqueda de la eficiencia, eficacia, economía y transparencia de sus operaciones y la calidad de sus servicios, con un monitoreo eficaz de sus objetivos y metas, preparados para evaluar los riesgos antes que se presenten. b) A los pacientes, cuando los servicios que reciban de las clínicas privadas sean en forma oportuna,

transparente y de calidad, gracias a que las clínicas cuentan con procesos y productos de calidad.

En conclusión, los Directivos de las Clínicas Privadas buscan la manera de controlar mejor la empresa que dirigen, en implementar los controles internos con el fin de detectar, en un plazo deseado cualquier desviación respecto a los Procesos de Atención a los Pacientes Particulares y asegurados por la Cía de Seguros y Entidades Prestadoras de Salud. Dichos controles le permiten a los Directivos hacer frente a la rápida evolución del entorno económico y competitivo, así como a las exigencias y prioridades cambiantes de los clientes.

De los resultados obtenidos como producto de la recopilación de los datos de las encuestas, hemos determinado que los controles internos aplicados inciden favorablemente en la Gestión de Servicios de Salud en las Clínicas Privadas de Lima Metropolitana, llegando a la siguiente conclusión: Se ha determinado que el establecimiento adecuado de las metas y objetivos del Control Interno facilita evaluar las políticas de trabajo a nivel de las Clínicas Privadas. Se ha precisado que los procedimientos en la ejecución del Control Interno permiten evaluar las estrategias en estas organizaciones. Se ha podido identificar que la ejecución del Control Interno al llevarse a cabo de acuerdo a la fase del planeamiento permite evaluar las metas y objetivos en las Clínicas Privadas. d. Se ha comprobado que la evaluación del cumplimiento del Control Interno como proceso organizativo orientado a la acción de mejorar las actividades que se realizan facilita la determinación en el logro de las metas y objetivos a nivel de organizaciones. Se ha determinado que las observaciones encontradas permiten subsanar pero no inciden directamente en el proceso administrativo de las Clínicas Privadas. La investigación ha permitido establecer que las acciones correctivas son alternativas que buscan la solución a los problemas, incidiendo

directamente en el mejoramiento del proceso administrativo a nivel de organizaciones. Los resultados han permitido definir que las recomendaciones que se formulan como parte de las medidas de Control Interno inciden favorablemente en el mejoramiento del proceso administrativo en las Clínicas Privadas.

Paz, M. (2009) en su Tesis: El control interno y la gestión de las clínicas privadas de Lima Metropolitana:

Los cambios ocurridos en los procedimientos de las áreas estratégicas como facturación, créditos y cobranzas, tesorería y sistema tiene como efecto que el área de Devoluciones tenga expedientes clínicos devueltos por la Compañía de Seguros y las Empresas Prestadoras de Salud, para que sea sustentada y corregida para su re facturación. Sin embargo, los funcionarios y los servidores de la Clínica desconocen que el área de Sistema califica como el área crítica, en donde se puede evidenciar la falta de Control Interno.

La Dirección debe asegurarse de la disponibilidad de recursos esenciales para establecer, implementar, mantener y mejorar el sistema software de gestión. En nuestro país, según la Ley N° 26887, Ley General de Sociedades del Perú, según en su artículo N° 190, párrafo 2, indica que el Gerente es responsable del establecimiento y mantenimiento de una estructura de Control Interno.

Sin embargo, en su mayoría las Clínicas Privadas no cuentan con un Departamento de Control Interno, para que evalúe las fortalezas y debilidades de todas las actividades de Control Interno.

### **2.1.2. SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS**

Sánchez, L. (2012) en su Tesis: Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social en Guadalupe, Nuevo León:

Garantizar la salud es uno de los retos de los Sistemas de Salud en todo el mundo y en México es un derecho fundamental consagrado en el artículo 4º de la Constitución, no obstante, en nuestro país aún se presentan rezagos importantes en relación a la calidad y a la satisfacción de los usuarios de los servicios médicos y en particular los derechohabientes de la seguridad social.

En este trabajo se buscó determinar el grado de satisfacción de los usuarios que acuden a la consulta externa y establecer su asociación con las dimensiones: infraestructura, accesibilidad, trato personal, tiempo de espera y tiempo de consulta.

La solución planteada fue que satisfacción del usuario de la consulta externa de esta unidad está asociada con las dimensiones de infraestructura, accesibilidad, trato personal tiempo de espera y tiempo de consulta

Metodológicamente; se trata de un estudio de tipo transversal, en el que se aplicó encuesta de satisfacción a los usuarios directos de la consulta externa de una unidad de medicina familiar de una Institución de Seguridad Social. El instrumento es una adaptación de la encuesta aplicada en el programa SICALIDAD previamente validada por expertos, en donde se tomaron en cuenta las dimensiones de infraestructura, accesibilidad, trato personal, tiempo de espera y tiempo de consulta.

Se consideró a los derechohabientes que acudieron a consulta externa en el periodo noviembre 2011 a Enero de 2012, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia y se entrevistó a los usuarios de la consulta de primera vez y subsecuentes que aceptaron participar al momento de salir de la unidad, se calculó un tamaño de la muestra de 246 pacientes. Se realizó estadística descriptiva para el estudio de la población y para la comprobación de hipótesis a través de la prueba de Chi<sup>2</sup>.

En este trabajo se encontró que la iluminación, la temperatura, el mobiliario, así como la limpieza están asociados a la satisfacción de los usuarios. El trato en el área de

admisión, el trato al ser recibido por el médico, el trato recibido por el médico, y el trato recibido por el personal de salud están también asociados a la satisfacción del paciente. En cuanto a la accesibilidad: el tiempo de trámite de la consulta resultó estar asociado a la satisfacción. No así la percepción del tiempo de traslado a la unidad. El tiempo de espera en sala para ser atendido por el médico no resultó estar asociado a la satisfacción, sí el tiempo de duración de la consulta. Para este estudio se puede concluir que la satisfacción percibida por el usuario de la consulta externa en esta institución está asociada a dimensiones como la infraestructura en donde se percibió en general las instalaciones como muy confortables: bien iluminadas (valor de  $p$  0.000), mobiliario confortable (valor de  $p$  0.042), temperatura ambiente agradable (valor de  $p$  0.000) y de limpieza en general adecuada (valor de  $p$  0.001).

Es importante señalar que las instalaciones y equipo de esta unidad de medicina familiar son relativamente nuevos, motivo por el que los usuarios pudieron evaluar bien este aspecto, Se encontró además que la satisfacción está asociada también para las dimensiones de trato personal en donde la percepción del usuario en general califica como bueno el trato en el área de admisión (valor de  $p$  0.000), buen trato del personal (valor de  $p$  0.015), buen trato al ser recibido por el medico (valor de  $p$  0.000) y buen trato del médico (valor de  $p$  0.000), estando satisfechos en general con el trato recibido por parte del personal administrativo de admisión, del personal de enfermería y de los médicos, no obstante es necesario poner especial atención al porcentaje de los usuarios que manifestaron que el trato que recibieron no fue el adecuado Se encontró asociación de la satisfacción con el tiempo de consulta (valor de  $p$  0.000), en donde el 85 % de los usuarios señaló que este tiempo les pareció entre bueno y muy bueno, un 70.3 % mencionó que la consulta duró entre 11 a 15 minutos lo que concuerda con los referentes nacionales e internacionales de calidad.

Por otra parte, no se encontró relación de la satisfacción con los tiempos de espera en sala ya que a pesar de que un 54.5 % señaló que ésta espera les pareció corta, existe otro 34.6 % que percibió que esta espera fue entre Larga y Muy larga, es de destacar que 29.3 % respondió que tuvo que esperar de 1 hora a más de 2 horas para ser consultado por el médico. Cabe señalar que en la entrevista muchos usuarios mencionaron que era preferible llegar temprano a la unidad, tramitar la cita e irse a su casa para posteriormente regresar más tarde a la hora indicada de la cita para consulta. El tiempo de la consulta fue considerado como bueno para un 68.7 % y un 10.2 % considero Malo el tiempo para ser consultado. La satisfacción aquí reportada del 74.8 % se puede elevar una vez que los usuarios puedan mejorar en el acceso al trámite de su consulta ya sea por teléfono o internet y no tengan que permanecer tanto tiempo en la unidad antes de ser atendidos, es decir mejorar los tiempos de espera, así como del surtimiento completo de la receta

Por lo anteriormente expuesto, se puede concluir que el usuario de esta unidad le confiere al buen trato recibido en general del personal, la comodidad, limpieza, confort de las instalaciones y al tiempo de duración de la consulta una gran importancia aún por encima de los largos tiempos de espera, la dificultad para acceder a la consulta, y un deficiente surtimiento de la receta. De esta forma quienes son responsables directos de la calidad y la satisfacción como resultado de ésta, deben hacer no sólo énfasis en la capacitación del personal, de mantener la limpieza y el confort de las instalaciones pero también de fortalecer aquellas áreas de oportunidad detectadas e implementar programas de calidad tendientes a eficientar y agilizar los procedimientos para abatir las barreras de acceso a la consulta, los tiempos prolongados de espera para consulta así como del surtimiento completo de las recetas.

Hamui, L.; Fuentes, R.; Aguirre, R. y Ramírez de la Roch, O. (2013) en trabajo: Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica:

La razón de ser del Sistema Nacional de Salud es el bienestar de la población y su estado saludable. Una sociedad en la que sus miembros viven enfermos, física o mentalmente, tiene menos bienes relacionales, baja de productividad, aumento de gastos y mengua en el rendimiento económico, pero sobre todo presenta la disminución del bienestar subjetivo, la satisfacción y la felicidad. De ahí que, el estudio de la relación entre la atención médica, que busca restaurar, mantener y/o fomentar los estados saludables y la evaluación que las personas realizan sobre su propia circunstancia en el encuentro con las instituciones de salud, sea de interés para comprender algunas de las necesidades de ciertos grupos de población.

Por décadas se ha tomado como sinónimo de bienestar social el crecimiento económico de los países, no obstante, en los últimos años ha sido evidente que no solo los indicadores materiales son relevantes en la vida de las personas, sino que existen otros factores como los bienes relacionales, los bienes que no se adquieren en el mercado, que también tienen gran influencia en la percepción de la satisfacción y la felicidad de las personas. En este sentido, el estudio del bienestar subjetivo y su medición se han convertido en un desafío para los investigadores y las organizaciones nacionales e internacionales que siguen el progreso de los países.

Existen varias razones que han llevado a quienes miden el progreso, por ejemplo, organizaciones mundiales como la OCDE, las Naciones Unidas, la CEPAL, el BID, así como organismos nacionales como el INEGI y el Foro Consultivo Científico y Tecnológico, el Conacyt, universidades públicas y privadas, entre otros, a replantear la forma en que lo han hecho hasta ahora, esto es sobredimensionando el Producto Interno

Bruto (PIB) per cápita. Las autoridades de organismos públicos se han dado cuenta que los logros que obtienen según las metas fijadas no son correspondientes con la apreciación que hacen de su gestión los ciudadanos. El discurso político y sus planteamientos teóricos, no siempre son compatibles con la operatividad de los programas que impactan escasamente en la realidad de las personas a quienes están destinados.

En el ámbito académico, las limitaciones del PIB, así como el uso del ingreso y el consumo como indicadores del progreso han sido cada vez más cuestionados por economistas, politólogos y sociólogos, ya que no reflejan la problemática de la vida de las poblaciones estudiadas. En este contexto, los estudios que buscan acercarse a las personas y entender su realidad compleja incorporando aspectos multidimensionales, resultan relevantes para disminuir la brecha entre quienes planean las políticas públicas y quienes reciben sus beneficios; el área de la salud, en este sentido, resulta prioritaria. Desde la década de los setentas se planteó la necesidad de agregar variables relativas a la situación social y política basada en el concepto de calidad de vida, que considera la posesión y el acceso a bienes, servicios y satisfactores. Este enfoque se fue desarrollando y devino en el estudio de las capacidades y funcionalidades, según el cual, la expansión de las capacidades de los seres humanos permite el funcionamiento adecuado en las áreas donde se desenvuelven.

En resumen, se parte de la idea de que el progreso es real cuando además de los indicadores objetivos como el PIB, se consideran factores que se relacionan con el bienestar individual, y se enfocan a la manera como las personas experimentan y valoran ciertos fenómenos, entre ellos el empleo, la educación y la atención a la salud. El cambio de enfoque, no solo tiene repercusiones en los temas de estudio de los académicos, en

la información recopilada por las instancias gubernamentales y no gubernamentales de estadística, o en el diseño de políticas públicas, sino en el bienestar de las personas.

Este trabajo, desde el ámbito académico y con una visión transdisciplinaria, busca generar conocimientos, promover ideas y marcos analíticos para dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos y orientar las decisiones políticas hacia el mejoramiento social, específicamente en el campo de la salud pública.

De acuerdo a Urure, I. (2007) en su investigación: Satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el Servicio de Cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2006. Respecto a la satisfacción de los usuarios, se tiene lo siguiente:

La calidad de un servicio es diferente a la calidad de un producto en que los servicios son intangibles, un consumidor no puede verlos o tocarlos. Por consiguiente, es muy difícil para una organización determinar agudamente que características o rasgos de su calidad en el servicio son más importantes para los clientes y cómo la organización está cumpliendo con las demandas de las mismas de calidad en el servicio. En la última década muchos investigadores han intentado cuantificar la calidad del servicio para proporcionar referencias a las organizaciones y consumidores que pueden ayudar a ambas partes a entender mejor las expectativas y percepciones con respecto a calidad de servicio.

Calidad de Servicio como señala CELA en el módulo II lograr una definición concluyente de un servicio de calidad es difícil, existen demasiados matices que intervienen en dicho concepto; también son múltiples los enfoques y puntos de vista que han sido analizados. Sin embargo, existen fundamentalmente, dos formas básicas de concebir la calidad: Desde la óptica de la entidad, que se traduce en que un servicio de

calidad es aquel que responde a las especificaciones con que ha sido diseñada su prestación, es decir, que no se han cometido errores respecto al proceso inicialmente establecido para la prestación del servicio.

Desde la óptica del paciente. - que se traduce en considerar que el único juez válido para certificar la calidad de un servicio es el paciente que lo recibe. El punto de vista se centra en este segundo punto; por eso la definición de calidad de servicio que enuncia es que “calidad es igual a satisfacción total de los pacientes” es decir satisfacer y exceder las expectativas del paciente. En otras palabras, un servicio excelente es aquel que es capaz de satisfacer todas las necesidades, deseos y expectativas de los pacientes; cualquier otra forma de concebir la calidad de un servicio se alejaría del objetivo fundamental de todo servicio.

Calidad de servicio como cita el programa de salud materno perinatal (MINSA – Proyecto 2000) “Las primeras publicaciones sobre la calidad se dieron en el ámbito empresarial. Las organizaciones de salud, atentas a este desarrollo han adaptado esos estudios a sus propios requerimientos y particularidades. Existen tres aspectos fundamentales que caracterizan los servicios. En primer lugar, los servicios son básicamente intangibles porque son acciones, condiciones, procedimientos, relaciones y no objetos. Característica que hace difícil establecer especificaciones estrictas para identificar, cuantificar, y estandarizar los niveles de la calidad. Segundo, los servicios en los que hay un alto componente de participación humana tienden por lo general a ser heterogéneos: las relaciones y condiciones de prestación varían de un servicio a otro, de una región a otra, de un proveedor a otro y de un tipo de usuario a otro. Tercero, en muchos servicios los procesos de producción y consumo se dan al mismo tiempo. Esto quiere decir que la calidad de servicio se percibe durante su entrega o prestación y depende de la relación que ha establecido el proveedor a la usuaria.

Un servicio es una actividad o conjunto de actividades de naturaleza intangible que se realiza mediante la interacción entre el cliente, el empleado y las instalaciones físicas del establecimiento, con el objeto de satisfacer un deseo o necesidad. La prestación del servicio y su consumo son simultáneos, al revés de lo que ocurre con los productos, que primero son fabricados y luego han de venderse y ser utilizados. Los grandes principios en lo que descansa la calidad del servicio, son: El cliente es el único juez de calidad del servicio. Sus opiniones son, por tanto, fundamentales. El cliente es quien determina el nivel de excelencia del servicio, y siempre quiere más. La empresa debe formular promesas que le permitan alcanzar sus objetivos y distinguirse de sus competidores.

Según Blázquez. S. y Quezada, A. (2012) en su investigación: Satisfacción de los usuarios hospitalizados en el servicio de medicina interna, con el cuidado de enfermería. Se considera lo siguiente:

La Real Academia de la Lengua Española define etimológicamente la palabra “satisfacción” como “...la razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria”.

La Satisfacción para Donabedian<sup>1</sup> es “... una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud”.

Autores como Contreras y col. afirmaron que “La satisfacción se obtiene como resultado de un trato humano, individualizado y afable, que los hacen sentir personas únicas en la medida en que se atienden sus necesidades particulares y se logra su bienestar”. Por otro lado, específicamente dentro del área de la enfermería, Cortés y Serrezuela mencionaron que la satisfacción es “...la medida que hace que el paciente se

sienta satisfecho con respecto al cuidado de enfermería y que se haya cumplido con las expectativas que tenía con respecto a la resolución del problema de salud”.

La satisfacción que manifiestan los usuarios respecto de los cuidados recibidos por parte del prestador de servicios de la salud, se ha estudiado en diversas investigaciones con diseños cuantitativos y cualitativos; en relación a éstos últimos destacan los estudios realizados por Romero y col, Balseiro y col., entre otros.

Los reportes cualitativos existentes sobre el tema, hacen referencias principalmente sobre el nivel de satisfacción que refieren los usuarios hospitalizados. Las investigaciones de tipo cualitativo, revelan resultados diversos sobre la satisfacción de los usuarios, considerando que la percepción de la satisfacción está influenciada por diferentes factores, tales como: la edad, el nivel socioeconómico, la severidad del diagnóstico, la necesidad de cuidados, los niveles de calidad de vida y el nivel educativo.

La satisfacción con los cuidados enfermeros, también se ha evaluado en estudios cuantitativos a partir de numerosos instrumentos, tales como, CARE-Q, LOPSS, SERVQUAL, Critical Care, Patient Satisfaction Survey; sin embargo, el acceso a estos cuestionarios en ocasiones es limitado, lo que dificulta llevar a cabo la implementación de los mismos y poder medir la satisfacción presente en los usuarios hospitalizados dentro de las instituciones de salud. En éste tipo de estudios, la satisfacción del usuario con los cuidados de enfermería, generalmente se mide considerando dimensiones, dentro de las cuales se incluyen aspectos: técnicos, psicológicos (confianza, relaciones positivas y calidez) y sociales (relación interpersonal enfermera-paciente y educación al paciente); algunos otros instrumentos incluyen una dimensión más que se refiere al monitoreo y seguimiento de la evolución de la salud del usuario. El cumplimiento adecuado de estas dimensiones durante la atención, por parte de los profesionales de

enfermería, hace que los usuarios afirmen un sentimiento de satisfacción con la atención proporcionada por el personal de enfermería.

En un estudio realizado por Cortés y Serrezuela, se concluyó que los usuarios manifestaron sentirse satisfechos en la dimensión de “monitoreo y seguimiento” y el nivel de satisfacción más bajo lo obtuvo la categoría de “explica y facilita”, respecto a la escala CARE-Q, que fue la utilizada en dicho estudio. Toro, Escaméz y Martínez llevaron a cabo una investigación a partir de la escala LOPPS, los resultados mostraron mayor satisfacción de los usuarios con respecto a la paciencia de las enfermeras, seguida de la rapidez en contestar las llamadas de los pacientes; los aspectos evaluados con menor satisfacción fueron que, la enfermera no considera las opiniones y preferencias del paciente, el no poder compartir sentimientos con la enfermera y el déficit de ayuda para comprender la enfermedad. Utilizando la escala PSI (Pacient Satisfaction Instrument), Contreras y col realizaron un estudio sobre la satisfacción en el cuidado de adultos mayores hospitalizados, los resultados mostraron que los aspectos mejor evaluados fueron “explica en lenguaje sencillo” y “se siente mejor al platicar con la enfermera”, seguido de “enseñar a llevar a cabo indicaciones médicas”; los que obtuvieron menores porcentajes de satisfacción fueron: “es fácil de entender lo que la enfermera le explica” y “conoce sobre el cuidado que le brinda”.

El grupo de Fernández, Escobar, Romero y Coromoto, llevaron a cabo un estudio en el cual concluyeron que la mayoría de los usuarios hospitalizados están satisfechos con el cuidado afectivo y técnico proporcionado por las enfermeras. El aspecto de “educación al paciente” fue el que presentó menores niveles de satisfacción, tomando en cuenta las necesidades de información, lo que coincide con los datos reportados por diversos autores.

La satisfacción del usuario es un indicador de calidad de la atención otorgada, he aquí la importancia de evaluarla. Conocer la satisfacción de los usuarios hospitalizados se ha considerado como un indicador del cumplimiento adecuado de los cuidados y servicios prestados, de saber la opinión de los usuarios sobre el servicio otorgado por las enfermeras y de comprobar la probabilidad de que los usuarios satisfechos pudieran cumplir mejor las recomendaciones otorgadas por el personal de salud. La satisfacción es un parámetro útil para evaluar los modelos de comunicación, como –por ejemplo– el éxito en transmitir la información e involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre el tipo de atención.

La satisfacción del paciente en relación con los servicios de salud es un punto nodal para determinar la calidad de la atención médica que se presta. La satisfacción del paciente se concreta en la suma de los factores de la misma, con la competencia profesional de los prestadores de los servicios de salud, relacionada con sus cualidades personales para interactuar<sup>10</sup>. Igualmente, es importante considerar que la satisfacción de los usuarios, es una actitud que esta permeada por el estado emocional e influenciada por la información que reciben los pacientes y la evaluación de los servicios que ellos admiten. La mayoría de los estudios realizados sobre la satisfacción del usuario con los cuidados de enfermería en pacientes hospitalizados, se han llevado a cabo en los estados del norte y centro de la República Mexicana. En la zona sur-sureste del país se han encontrado pocos reportes de investigación que aporten información sobre éste tema y aún menos estudios que hayan utilizado el instrumento aplicado en esta investigación. Considerando lo anterior, se llevó a cabo el presente estudio contemplando como objetivo, el conocer el nivel de satisfacción de los usuarios hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, con el cuidado de Enfermería de un Hospital Regional de la ciudad de Xalapa, Veracruz.

El tipo de estudio fue cuantitativo con un diseño transversal y un alcance descriptivo. La población de estudio fueron los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, en un hospital de segundo nivel de atención, perteneciente a la Secretaría de Salud de la ciudad de Xalapa, Veracruz, llevada a cabo en el mes de julio de 2014. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Las variables utilizadas fueron: cuidados de enfermería evaluada a través de las actitudes en las acciones que el personal de enfermería proporcionaba a los pacientes como por ejemplo, amabilidad, comprensión, confianza, lenguaje, lentitud, orden, paciencia, decisión, oportunidad, respeto y suficiencia; y la satisfacción del usuario, evaluada en las dimensiones de cuidado técnico, confianza y educación al paciente, con los indicadores de destreza, empatía y enseñanza, respectivamente.

Se utilizó un instrumento diseñado por Hinshaw y Atwood en 1982 denominado "Patient Satisfaction Instrument (PSI), el cual fue traducido al español, adaptado al contexto mexicano y validado por Acevedo y col. La validación del instrumento se llevó a cabo mediante la prueba de Alpha de Cronbach. Éste cuestionario está diseñado con escala tipo Likert y consta de 23 reactivos. Comprende 3 dimensiones: cuidado técnico profesional (indicador: destreza; 7 ítems), confianza (indicador: empatía; 11 ítems) y educación al paciente (indicador: enseñanza; 5 ítems). Las opciones de respuesta fueron: completamente de acuerdo (5), moderado acuerdo (4), mínimo acuerdo (3), en desacuerdo (2) y totalmente en desacuerdo (1). Con una escala de puntuación mínima de 23 y máxima de 115. Una puntuación arriba de 75 en este instrumento se considera como que el usuario está satisfecho con el cuidado proporcionado. Con las puntuaciones totales por usuario se elaboró el Índice Global de Satisfacción (IGS) para el cual se establecieron los siguientes puntajes: 23 a 41 puntos para "Muy insatisfecho"; 42 a 60 para "Insatisfecho"; 61 a 79 para "Regularmente satisfecho"; 80 a 97 para "Satisfecho";

y 98 a 115 puntos para “Muy satisfecho”. Se incluyeron todos aquellos usuarios hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, mayores de edad, de ambos sexos, que tuvieran más de 72 horas hospitalizados, que supieran leer y escribir y desearan participar en el estudio, utilizando para esto un formato de consentimiento informado y firmado. Se excluyeron los pacientes que no cumplieran con los criterios de inclusión, con alteraciones cognitivas, que se encontraran inconscientes o que no firmaran el formato de consentimiento informado. El cuestionario fue aplicado directamente por los investigadores. El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el software estadístico SPSS versión 20, realizando principalmente estadísticas descriptivas, obteniendo frecuencias y porcentajes.

## **2.2 CENTROS DE SALUD DEL DISTRITO EL AGUSTINO DE LIMA METROPOLINA**

Según Wikipedia (20 de julio del 2018) sobre Centro de salud, se tiene que:

Los términos centro de salud (CS) o centro de atención primaria (CAP) se refieren al edificio donde se atiende a la población en un primer nivel asistencial sanitario. El personal y actividad asistencial del mismo puede variar de un país a otro y de un centro a otro.

**Centro de salud en España:** En España, en los CAP el núcleo básico lo componen los profesionales sanitarios (médico de familia, pediatra y enfermería), así como el personal administrativo. Sin embargo, cada vez es más frecuente encontrar a otros profesionales

(trabajador social, matrona, odontólogo, psicólogo, psiquiatra, reumatólogo, etc.) que están ampliando el espectro de servicios ofrecidos en los centros de salud, aunque está en discusión sus aportaciones a la atención primaria.

Un consultorio médico hace referencia a una estructura sanitaria más pequeña, generalmente localizada en un pueblo, y con menos profesionales. Como mínimo lo compone un médico rural. Uno o varios consultorios suelen depender organizativamente de un centro de salud de referencia.

En España se considera un ambulatorio a un policlínico en que el trabajan varias especialidades médicas, y excepcionalmente médicos generales.

En un centro de salud español normalmente existe un servicio de recepción o acogida de los ciudadanos que acuden al CAP o se dirigen vía telefónica al mismo o por internet. Este servicio da satisfacción directa a demandas concretas, como pueda ser entrega y recogida de documentación, información, etc, o bien programa vistas para los diferentes profesionales que prestan sus servicios en el CS.

Habitualmente en el CAP existen consultas o despachos para los diferentes profesionales o servicios ofertados, también pueden existir zonas para extracción de muestras sanguíneas para análisis, área de atención de urgencias con equipamientos apropiados (carro de curas, electrocardiógrafo, material para oxigenoterapia, desfibrilador, medicación de urgencias, etc.).

**Zona Básica de Salud:** Es el territorio de actuación de un Equipo de Atención Primaria. Con demarcación poblacional y geográfica. Accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente. Atiende entre unos 5.000 y 25.000 habitantes.

**Equipo de Atención Primaria:** Conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en la zona básica de salud y se ubican en el centro de atención primaria. Está compuesto por médicos (médicos de familia, pediatras), enfermeras, fisioterapeutas, matronas, odontólogos, y personal administrativo entre otros.

Según Pérez, J. y Merino, M. (2014) sobre Centro de salud se tiene que:

**Centro**, un término que procede del latín *centrum*, es un concepto con múltiples significados. Puede tratarse del punto interior equidistante de los límites de una superficie, del lugar donde convergen acciones coordinadas, de las zonas que registran una intensa actividad comercial o del lugar donde se reúnen personas para un determinado fin.

**Centro de salud:** Salud, por otra parte, es el estado de completo bienestar físico, mental y social. La noción trasciende a la ausencia de enfermedades y refiere al nivel de eficacia funcional y metabólica de un organismo. Un centro de salud es un edificio destinado a la atención sanitaria de la población. El tipo de actividad asistencial y la calificación del personal pueden variar según el centro y la región.

Lo habitual es que el centro de salud cuente con la labor de médicos clínicos, pediatras, enfermeros y personal administrativo. También es posible que actúen otro tipo de profesionales, como trabajadores sociales y psicólogos, lo que permite ampliar la cantidad de servicios.

Todo ello sin olvidar que en muchos centros de salud se cuenta también con la existencia de un servicio de urgencias para poder atender las emergencias que se produzcan. De esta manera, aquel, compuesto por médicos y enfermeras, no sólo ofrecerá asistencia y

atención en el propio recinto sanitario sino también a nivel domiciliario e incluso en cualquier otro tipo de lugar donde sea necesario que él acuda.

El importante avance de la tecnología y, en concreto, la gran utilidad que de ella se está haciendo a nivel sanitario, en pro del bienestar de los ciudadanos, ha dado lugar a que en algunos rincones del mundo existan lo que se ha dado en llamar centros de salud virtuales.

Aquellos podemos decir que, como su propio nombre indican, son espacios de la red Internet en los que cualquier persona puede recibir información y ayuda relacionada con su salud. En España, concretamente en la comunidad autónoma de Extremadura, se ofrece este mencionado servicio que viene a ser una plataforma donde un vecino puede desde conocer cuáles son los centros sanitarios que tiene más cerca hasta solicitar cita para acudir al médico pasando por obtener datos relativos a los periodos de vacunaciones.

El centro de salud suele ser un lugar destinado a la atención primaria. En caso que el paciente requiera de una atención más completa, compleja o específica, es derivado a otro tipo de lugar, como un hospital o sanitario.

Esto hace que, en algunos países, los centros de salud sean conocidos como centros de atención primaria. Los expertos de dichos centros se desempeñan, por lo tanto, en la zona básica de salud. Este tipo de establecimientos son muy frecuentes en regiones alejadas o de escasos recursos, ya que constituyen una contención sanitaria y social inmediata.

Además de todo lo expuesto también hay que subrayar que existen centros de salud que se encuentran especializados en un área concreta de esa rama. Así, por ejemplo, los hay de salud mental que disponen de espacios como la unidad administrativa, la zona de disminuidos psíquicos o la unidad de larga estancia psiquiátrica.

Según Zurita, A. (2016) sobre el rol del centro de salud en un sistema local de salud basado en la estrategia de atención primaria, se tiene lo siguiente:

"La Atención Primaria comienza con la gente y sus problemas..." (OMS).

"La diferencia esencial entre la Atención Primaria y la Atención Médica es el compromiso activo de la población" (OMS)

Por los motivos anteriores la relación participativa entre los servicios de salud y la población es un componente esencial de la Atención Primaria.

La O.M.S. define al Centro de Salud (CS) como un elemento del Sistema Local de Salud, (SILOS). Es la parte de los servicios del SILOS cuya especificidad en la estrategia de Atención Primaria es ser el punto de interacción.

En otros términos, el personal de salud debe ser capaz de comprender que, para la gente, la salud, y las actividades de salud, no tienen más que una importancia relativa, en el contexto de sus preocupaciones actuales y futuras. El enfoque comprehensivo es necesario tanto en una perspectiva de educación sanitaria, como de autorresponsabilización. No tener presente esto lleva indefectiblemente a la medicalización creciente de la población. Aunque la excelencia técnica es la cualidad priorizada por la gente en una situación de alto riesgo, normalmente las cosas no son tan dramáticas, y la gente busca alguien "que la comprenda y la ayude a vivir, no alguien que le indique cómo debe vivir". Por otra parte, no todos los problemas de la gente, que les producen problemas de salud, son enfermedades

**Continuidad:** La atención debería ser ininterrumpida desde el comienzo hasta el fin de cada episodio de enfermedad; o de riesgo; de los pacientes, sus familias, y del conjunto de necesidades de salud de la población. La continuidad se ve favorecida por la

comprensión y el sistema de pago de los servicios. En efecto solo un enfoque comprensivo permite que la gente acepte servicios que no responden a las demandas expresadas inicialmente, es decir cuando los aspectos preocupantes del cuadro clínico se han atenuado. Es fácil hacer aceptar una cirugía a un paciente con apendicitis, no lo es por el contrario hacer aceptar una dieta o cambio de hábitos de vida, ó tratamiento por toda la vida a un diabético ó hipertenso. Complementariamente la continuidad de la relación con la gente en tanto que individuos, y miembros de la comunidad, es una condición necesaria para concretar la comprensión, ya que permite conocer a las personas mejor que a través de las tradicionales y reducidas relaciones que existen habitualmente entre proveedores y utilizadores de los servicios de atención médica centrados en diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Los sistemas de pago por acto médico constituyen fuertes barreras para la continuidad, por razones obvias: costo beneficio decreciente para el paciente al atenuarse los síntomas

**Integralidad:** Las actividades de promoción, prevención y educación para la salud son complementarias de las actividades curativas, y en conjunto forman parte del desarrollo socioeconómico. La integración está ligada a la comprensión y la continuidad que son a la vez condiciones y consecuencias. Consecuencias, puesto que gracias a la comprensión y a la continuidad el personal de salud puede identificar el tipo más adecuado de atención a proveer: promoción, prevención, curación ó educación. Condición, puesto que proveyendo diferentes tipos de atención se crea la posibilidad de comprender mejor a la gente, sus problemas, las causas de los mismos y las alternativas de solución individual, familiar y social.

En conjunto estas tres características de la atención del CS tratan de promover un diálogo continuo entre la población y el SILOS, y por consecuencia a promover la participación y el compromiso de la población

**Características del Centro de Salud.: prioridades:** Sólo en países que cuentan con sistemas nacionales de salud, ó tratan de reorganizarse en este sentido se usa el término en el sentido definido por la OMS: Gran Bretaña, Cuba, Canadá, Países Bajos, España, etc. En Bélgica, por ejemplo, el término CS, definido por la ley, designa una institución que ofrece solamente atención preventiva. Por lo tanto, cuando se desarrolló el concepto de Atención Primaria con sus características de atención integrada, combinando lo curativo con lo preventivo el término no podía ser utilizado como tal. Se propuso por lo tanto hablar de "CS Integrado" expresión que fue convalidada por decreto en 1983.

"extracto del decreto referido al subsidio de las actividades desarrolladas por los CS Integrados en Bélgica"

Art. 1. Para la aplicación del presente decreto son considerados como CS Integrados las instituciones.... cuyo objetivo social es ofrecer en el escalón médico social de primer nivel; atención global integrada y continua.

Art. 2. : Por atención global, integrada y continua debe entenderse: - Atención global que toma en consideración todas las dimensiones de los individuos; comprendiendo sus dimensiones psicológicas, culturales y sociales, sin limitarse a los órganos enfermos; y que concretizan en relación a la población que se dirige al centro, las medidas de diagnóstico y de acción necesarias a la salvaguarda de la salud pública. La atención realizada por un equipo multidisciplinario que integra su acción médica, social, y paramédica gracias a una coordinación de acciones, curativas, preventivas, y de educación para la salud, en beneficio de los pacientes y la población que la utiliza.

Atención que se desarrolla de forma continua, no solamente durante las enfermedades, sino también como prevención y educación para la salud. Esta continuidad implica la organización de una atención permanente, así como la utilización a través de la historia clínica, de la información relacionada con la salud de cada persona

En Argentina se suele utilizar la denominación CS para designar las instituciones estatales que atienden a los pobres de zonas urbanas ambulatoriamente, este es el caso en las capitales de provincias del Nordeste Argentino. Cabría preguntarse si así como en Argentina los hospitales privados tuvieron que adoptar otro nombre para no dejar dudas que no eran establecimientos para pobres, si un grupo de profesionales que decidiera atender privadamente población de clase media con un enfoque de Atención Primaria no debería también ponerle otro nombre, (como contribución sugerimos CSPGU, (Centro de Salud para Gente como Uno)

**ASPECTOS HUMANOS vs. ASPECTOS TECNICOS:** Las condiciones ideales que ayudan a concretar los aspectos relacionales y participativos del CS, están sin embargo en contradicción con las condiciones que ayudan a concretar la competencia técnica; y por lo tanto la calidad de atención del CS. Es por esta razón que la implantación de un CS debe enfrentar la solución de los problemas estructurales que se describen seguidamente

**Problemas estructurales:** Los problemas estructurales pueden resumirse en definir cuál es el tamaño "óptimo", en todos los aspectos, del CS; que debe resultar de un compromiso entre: El tamaño reducido, como condición necesaria. Es evidente que el tamaño de la población va a determinar todos los otros problemas estructurales cuantitativos. El tamaño de la población es el ejemplo tipo de problemas estructurales a

resolver, y debe ser un compromiso entre lo chico y lo grande. Es un error insistir exclusivamente en la accesibilidad geográfica, aunque sea la dimensión más fácil de medir cuando se considera la accesibilidad global

Dos situaciones pueden presentarse: Población dispersa: Riesgo de crear CS muy pequeños y que tendrán grandes dificultades en alcanzar un nivel técnico adecuado. Aparentemente habrá una buena accesibilidad pero será necesario derivar muchos casos al establecimiento de referencia, que, alejado, será de todos modos menos accesible que un CS un poco menos accesible, pero mejor equipado y cubriendo una población mayor. Aún sin tener en cuenta la poca confianza de la población en este tipo de CS, se reduciría la accesibilidad geográfica total

**Población densa:** Riesgo de crear grandes CS, con gran cantidad de personal, que habrán perdido toda su capacidad de atención continua y global. Un CS de este tipo no es conveniente porque no representa ninguna ventaja con respecto al acceso directo al hospital. Simultáneamente se haría peligrar el componente relacional del CS y el componente técnico del hospital, y la calidad final de la atención disminuiría.

El acceso directo al hospital de personas decepcionadas de la atención del CS, saturaría a éste de pacientes para los cuales su nivel técnico no es necesario, y esto aumentaría del costo de los servicios ofrecidos, y al mismo tiempo disminuiría su calidad técnica. Por estos motivos el tamaño del CS, y el tamaño de la población cubierta pueden variar de un SILOS a otro, y a veces aún al interior de un SILOS.

Estos argumentos racionales no podrán ser tenidos en cuenta en muchas situaciones concretas que no pueden modificarse fundamentalmente, sin embargo, pueden servir de guía cuando existan posibilidades de cambio. Es evidente la ventaja de un enfoque de SILOS, que conlleva una cierta flexibilidad en la aplicación de las normas nacionales,

éstas, necesarias para distribuir los recursos, deben ser consideradas sólo como medias indicativas

**El equipo:** Con respecto al tamaño, la única recomendación general es que no debe ser demasiado grande; el tamaño dependerá de la población a cubrir, y del nivel técnico de las actividades. Para ser capaz de ofrecer atención global, continua e integrada, creemos que el equipo mínimo es de tres personas. Una persona con capacidad clínica capaz de asumir la atención curativa, (un médico generalista, o un ayudante médico). Una persona con capacidad médico social, (una enfermera, ó una enfermera social). Un administrativo. El equipo debe ser reforzado si se debe cubrir una población más grande, o si se incorporan actividades suplementarias que requieran personal más especializado Sin embargo el nivel técnico habitual de un CS no es tan elevado como para requerir especialistas. Por ejemplo, si se instala un laboratorio que necesita la presencia de un bioquímico, o un técnico de laboratorio, este laboratorio no tendrá nunca el nivel técnico para el cual es imprescindible tener una persona especializada.

En la misma forma, si se atienden partos, el nivel técnico disponible no sobrepasará las capacidades de un clínico general; por lo tanto, la introducción de un obstetra en el equipo debe ser considerado más bien un apoyo al personal local, más que la introducción de una competencia especializada, y para ello el obstetra debe integrarse a todas las actividades del CS

La integración de actividades de control de la tuberculosis u otra patología, no debe requerir ninguna habilidad especial que no pueda ser asumida por personal polivalente Por lo tanto y como regla general, cuando se introducen en el CS nuevas actividades que requieren personal suplementario, es mejor reforzar el equipo polivalente existente con personal polivalente, que incorporar personal especializado, que puede desintegrar el

equipo absorbiendo al resto del personal responsabilidades importantes que deben normalmente compartirse. Tal cosa podría ocurrir por ej; si se incorporan médicos especialistas, educadores sanitarios, nutricionistas, agentes especializados en tuberculosis, etc.

Ejemplo de BELGICA: Art. 2 del decreto regulador: a) el CS Integrado deberá tener un equipo multidisciplinario que incluya por lo menos las profesiones siguientes: Enfermería, Kinesiología y Medicina; b) combinar actividades preventivas y de educación para la salud con las actividades curativas; c) la coordinación de estas diferentes actividades, así como la coordinación del equipo multidisciplinario se efectuará en reuniones, como mínimo semanales, de las cuales deben participar regularmente los miembros del equipo

**Equipamiento:** Como en lo que concierne al personal, el equipamiento depende de las actividades y del nivel de tecnología que deberá estar disponible en el CS, comprendiendo todos los elementos necesarios a la ejecución de actividades específicas de los programas, (por ejemplo el programa de vacunaciones necesita una heladera, el diagnóstico y tratamiento de tuberculosos un microscopio, etc.). En relación a esto se podría señalar que mientras más polivalente sea el equipamiento necesario para las actividades de un determinado programa, más se justifica su incorporación. Los criterios de descentralización de una técnica son: las necesidades (accesibilidad); la motivación y competencia del personal encargado de aplicarla; el costo

**Servicios:** Los servicios organizados en el CS son complementarios a los ofrecidos por otros niveles del sistema de salud, y otros componentes del desarrollo, y deberían influenciarlos favorablemente. Primordialmente los servicios disponibles en el CS

deberían contribuir a desarrollar entre el servicio y la población una relación basada en la confianza recíproca. Por este motivo es esencial que el CS responda **PRIORITARIAMENTE**, a las necesidades percibidas por la gente que correspondan a necesidades reales, y que secundariamente dé alguna solución a las que no son reales, antes de intentar desarrollar actividades que corresponden a necesidades reales, pero que no son percibidas por la gente. Invertir este esquema de acción es el error que cometen los programas verticales y que compromete generalmente su continuidad. Es en la consulta curativa donde mejor se percibe la demanda de la población, e igualmente durante la vigilancia de situaciones de riesgo, como el embarazo por ejemplo. Por otra parte la implantación de CS debería disminuir rápidamente la necesidad de enviar pacientes a otras instituciones de salud menos accesibles y más costosas, como el hospital. Esto concierne a la consulta, é igualmente a la atención de enfermos crónicos, y a los grupos de riesgo como las embarazadas y los niños. Este análisis permitirá deducir cuáles son los servicios que deberán organizarse en prioridad en el CS.

**Interacción con la comunidad:** El diagnóstico comunitario es un proceso progresivo a largo plazo mediante el cual el servicio de salud adquiere conocimientos sobre todos los aspectos de la vida comunitaria: ecológicos; culturales; económicos, sociales; demográficos y epidemiológicos. Se desarrolla como el resultado de la interacción y el diálogo entre el personal de salud y la población, y del análisis de la información provisto por el sistema de información sanitaria. Toda tentativa de hacer un diagnóstico comunitario rápido a través de un esfuerzo inicial puede inducir a error, dando la falsa impresión de un conocimiento que siempre será superficial e inclusive sesgado por prejuicios. Por ejemplo, la información estática de una encuesta inicial sobre las actitudes y comportamientos de la gente puede desactualizarse rápidamente con el

mismo desarrollo del sistema. Además, las encuestas son inversiones costosas que consumen tiempo, no son comprendidas por la gente, y no tienen en cuenta la masa de conocimientos existentes que son generalmente suficientes para iniciar el desarrollo de un servicio polivalente tal como ha sido descrito.

Las encuestas deberían más bien ser utilizadas en forma específica como contribuciones ocasionales para al desarrollo progresivo del diagnóstico comunitario. Sin embargo, el problema estructural de la localización del CS puede requerir información precisa de la distribución de la población, información que puede recogerse fácilmente mediante un censo, y que también será útil para definir la población de responsabilidad para la evaluación (disponibilidad de un denominador, y para determinar el grado de solidaridad existente. Si el censo se hace casa por casa, dará al personal un primer conocimiento de las condiciones de vida, y un comienzo de diálogo con las familias

**Diálogo y participación:** El diálogo y la participación deben darse a todos los niveles posibles de contacto con la gente: a) el contenido del diálogo debe cubrir todos los temas que sean pertinentes en relación a los problemas de salud. El personal debe aprender cuáles son las preocupaciones de la gente en el plano individual y comunitario, tanto en condiciones normales como anormales, y cuáles son las que les parecen realmente prioritarias (capacidad de comprensión). También deben aprender cómo la gente soluciona a su manera, bien o mal, los problemas que se les presentan. El personal debe ser capaz de informar a la gente de los medios que existen para responder a sus preocupaciones; de los recursos disponibles, y de las limitaciones que supone su organización dentro del SILOS

**Objetivos del diálogo:**

a) Concientizar a la gente de necesidades no percibidas; por ejemplo, la importancia del estado nutricional del niño sobre la frecuencia y gravedad de las infecciones y en este sentido la importancia de la lactancia materna. Esto corresponde a la educación sanitaria tradicional unidireccional; b) Concientizar a la gente que algunas necesidades percibidas no tienen una base racional; por ejemplo, el consumo de especialidades medicinales en relación a medicamentos genéricos; c) Capacitar al personal de salud para relativizar algunas de sus observaciones, por ej. El hecho de que algunos tuberculosos se presenten tardíamente al CS no es un problema demasiado importante en relación al problema total de la tuberculosis. Si por el contrario detectamos tuberculosos que no han sido diagnosticados, aunque consultaron, nos encontramos frente a un problema mucho más importante; d) Concientizar al personal de salud de los problemas de la gente que suelen subestimarse: Por ejemplo el valor del tratamiento precoz de la úlcera gastroduodenal reciente es subestimado, ya que el motivo de consulta del paciente es fácilmente rotulado como "psicosomático" en tanto es frecuente ver este problema, complicado, en el servicio de cirugía del hospital de referencia. El diálogo debería progresivamente llevar a la gente a decidir la utilización de sus propios recursos. Esto deberá ser considerado en el contexto del proceso de toma de decisiones y deberá ser apoyado por un sistema de financiamiento. Es evidente que el nivel de autogestión que puede alcanzarse depende del nivel de representatividad del Comité de Salud y del liderazgo comunitario que tenga. Esto es aún más importante en el nivel del SILOS.

## **2.3 CONCEPTOS DE LAS DIMENSIONES**

### **2.3.1. CONCEPTOS DE INFORMACIÓN DEL CONTROL INTERNO**

#### **2.3.1.1. INFORMACIÓN DE LOS RECURSOS**

Según Certo, M. (2016):

Los recursos a nivel institucional se refieren a los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos; todos los que le dan el soporte para el funcionamiento de la entidad.

Los recursos humanos están compuestos por directivos, funcionarios, asesores, consultores, trabajadores, quienes facilitan sus ideas y fuerza laboral para la operatividad de la entidad

Los recursos materiales son aquellos bienes tangibles, propiedad de la entidad tales como instalaciones: edificios, terrenos. Equipo: maquinaria, herramientas, vehículos. Materiales, etc.

Los recursos financieros son el dinero que dispone la entidad para su funcionamiento. En el estado son los recursos del Tesoro como los recursos directamente recaudados por los servicios que presta la entidad.

### **2.3.1.2. INFORMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES**

Según Certo, M. (2016):

Las actividades están relacionadas con todo el quehacer de la entidad y pueden ser actividades operativas, administrativas, logísticas, de tesorería, de personal y otras. Dichas actividades son la razón de ser de la entidad. Dichas actividades son las que utilizan a los recursos y llevan a cabo los procesos institucionales. Deben planearse, organizarse, dirigirse como controlarse adecuadamente para asegurar su funcionamiento económico, eficiente y efectivo.

### **2.3.1.3. INFORMACIÓN DE LOS PROCESOS**

Según Certo, M. (2016):

Los procesos están compuestos por una serie de fases o etapas que conllevan procedimientos y aplicación de técnicas. Se relacionan directamente con las actividades. Cada actividad puede tener uno o más procesos. Cada fase de los procesos debe ser realizada adecuadamente para hacer la sumatoria de todo el proceso.

Por lo demás no hay procesos totalmente independientes, más bien están entrelazados.

### **2.3.1.4. AUDITORÍA DEL CONTROL INTERNO**

Según Certo, M. (2016):

La auditoría interna es un sistema de control e inspección que se da dentro de una empresa de cualquier sector de actividad, con el fin de mejorar los procesos, por ejemplo, o con el fin de comprobar que realmente actúa dentro de los términos legales en materia contable, por ejemplo.

La auditoría interna es un sistema de control interno de la empresa y consiste en el conjunto de medidas, políticas y procedimientos establecidos en una organización

concreta para proteger su activo, minimizar riesgos, incrementar la eficacia de los procesos operativos y optimizar y rentabilizar, en definitiva, el negocio.

### **2.3.1.5. SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL CONTROL INTERNO**

Según Certo, M. (2016):

Consiste en verificar el cumplimiento de las recomendaciones sugeridas por los auditores y se realiza como un valor agregado de la auditoría que busca que realmente de logre la mejora de los recursos, actividades, procesos, procedimientos y técnicas institucionales.

## **2.3.2. CONCEPTOS DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS**

### **2.3.2.1. SERVICIOS DE SALUD**

Según Sánchez, L. (2012)

Los servicios de salud son aquellos que presta o facilita una entidad a sus usuarios actuales y potenciales.

Dichos servicios deben tener las condiciones de calidad y cantidad de acuerdo con las necesidades de la población donde prestan servicios los centros de salud.

Los servicios de salud a diferencia de otros servicios requieren el cumplimiento de varios estándares por tratarse de personas adultas, jóvenes, niños.

### **2.3.2.2. CALIDAD HUMANA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Según Sánchez, L. (2012)

La calidad humana es tener principios sólidos, que se noten en el día a día, es tener valores como la generosidad, la lealtad, la alegría, el optimismo y sobre todo saber dar a los demás, ya sea tiempo sin esperar recompensa o paga alguna; tolerar a los otros en

sus creencias, luchas trabajos, no estar pendiente de los errores y no juzgar, aguantarnos las ganas, porque es muy fácil juzgar sin estar en los zapatos del otro: a la mejor si te los pusieras te quedarías callado. Eso es calidad humana.

En estos momentos de nuestra vida, se habla mucho de cosas que debemos hacer, nos llenamos la cabeza de cómo tener calidad en nuestros productos, tener calidad de servicios, de estar y ser los primeros en tecnología, de tener en nuestras empresas los adelantos más modernos y sofisticados; todo es provechoso, todo nos lleva al éxito, pero no hay que olvidarnos de nuestra calidad de vida, de la calidad humana.

### **2.3.2.3. EFICIENCIA DE LOS SERVICIOS MÉDICOS**

Según Sánchez, L. (2012)

La eficiencia de los servicios médicos se refiere a la racionalización de los recursos para aprovecharlos eficientemente en beneficio de los usuarios de los Centros de Salud.

También la eficiencia es hacer las cosas muy bien a favor de los usuarios de los centros de salud.

Para ser eficiente hay que planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar adecuadamente los recursos, las actividades y procesos institucionales.

Para ser eficiente la entidad tiene que ser económico y también efectivo.

### **2.3.2.4. MEJORA CONTINUA DE LOS SERVICIOS MÉDICOS**

Según Sánchez, L. (2012)

La mejora continua de los servicios médicos se refiere a la creatividad en los recursos, actividades y procesos institucionales.

También la mejora continua se refiere a la innovación, igualmente de los recursos, actividades y procesos institucionales.

No se concibe servicios médicos adecuados sin una mejora continua en todo lo que tiene y hace una Centro de Salud.

#### **2.3.2.5. COMPETITIVIDAD DE LOS SERVICIOS MÉDICOS**

Según Sánchez, L. (2012)

La competitividad es la imposición de una entidad frente a otra u otras. Dicha competitividad es el producto del esfuerzo, de imponerse a otras entidades por la cantidad de servicios, calidad de servicios, ubicación geográfica u otros atributos en los cuales una entidad se impone a los demás.

Que un Centro de salud sea competitivo significa que es eficiente, también efectivo, asimismo está en mejora continua; y siempre trabajando para la satisfacción de los usuarios.



### **III. MÉTODO**

#### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

##### **3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Este trabajo es una investigación aplicada.

Se busca aplicar la información del control interno en la satisfacción de los usuarios de los centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

##### **3.1.2. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN**

Este trabajo es del nivel descriptivo, correlacional o explicativo.

El trabajo describe la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

El trabajo correlaciona o explica la información del control interno en la satisfacción de los usuarios de los centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

##### **3.1.3. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN**

Los métodos que se han aplicado fueron los siguientes:

- 1) Deductivo: Para enfocar la investigación de lo general a lo particular
- 2) Inductivo: Para enfocar la investigación de lo particular a lo general.
- 3) Estadístico: Para llevar a cabo la Prueba del Chi cuadrado.
- 4) Sintético: Para resumir las teorías y el trabajo de campo

##### **3.1.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

- 1) El diseño fue el plan o estrategia que se desarrolló para obtener la información que se requirió en la investigación.
- 2) El diseño que se aplicó fue el no experimental.

- 3) El diseño no experimental se define como la investigación que se realizará sin manipular deliberadamente la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.
- 4) En este diseño se observaron la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana; tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

### 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.2.1. POBLACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- 1) La población de la investigación estuvo conformada por 135 personas.
- 2) Dichas personas estuvieron relacionadas con la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.
- 3) La población proviene de los siguientes Centros de Salud: Centro de Salud el Agustino, Centro de Salud Catalina Huanca y Centro de Salud 7 de octubre.

**TABLA DE COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN**

NR	PARTICIPANTES	CANTIDAD	PORCENTAJE
1	Personal directivo	15	11.11%
2	Personal médico y paramédico	45	33.33%
3	Usuarios del servicio	50	37.04%
4	Otras personas relacionadas	25	18.52%
	<b>TOTAL</b>	<b>135</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Diseño propio.

### 3.2.2. MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

- 1) La muestra estuvo conformada por 100 personas.
- 2) La muestra proviene de los siguientes Centros de Salud: Centro de Salud el Agustino, Centro de Salud Catalina Huanca y Centro de Salud 7 de octubre.
- 3) Las personas de la encuesta estuvieron relacionadas con la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.
- 4) Para definir el tamaño de la muestra se ha utilizado el método probabilístico.
- 5) Para determinar la cantidad de la muestra se ha aplicado la fórmula generalmente aceptada para poblaciones menores de 100,000.

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

#### Donde:

<b>n</b>	Fue el tamaño de la muestra que se va a tomar en cuenta para el trabajo de campo. Es la variable que se desea determinar.
<b>p y q</b>	Representó la probabilidad de la población de estar o no incluidas en la muestra. De acuerdo a la doctrina, cuando no se conoce esta probabilidad por estudios estadísticos, se asume que p y q tienen el valor de 0.5 cada uno.
<b>Z</b>	Representó las unidades de desviación estándar que en la curva normal definen una probabilidad de error= 0.05, lo que equivale a un intervalo de confianza del 95 % en la estimación de la muestra, por tanto el valor Z = 1.96
<b>N</b>	El total de la población. Este caso 135 personas, considerando solamente aquellas que pueden facilitar información valiosa para la investigación.
<b>EE</b>	Representó el error estándar de la estimación. En este caso se ha tomado 5.00%.

**Sustituyendo:**

$$n = (0.5 \times 0.5 \times (1.96)^2 \times 135) / (((0.05)^2 \times 134) + (0.5 \times 0.5 \times (1.96)^2))$$

**n = 100**

**TABLA DE COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA**

<b>NR</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1	Personal directivo	11	11.11%
2	Personal médico y paramédico	33	33.33%
3	Usuarios del servicio	37	37.04%
4	Otras personas relacionadas	19	18.52%
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Diseño propio.

### 3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### 3.3.1. VARIABLES E INDICADORES DE LA INVESTIGACIÓN

##### VARIABLES E INDICADORES DE LA INVESTIGACION:

VARIABLES	INDICADORES
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b> X. INFORMACIÓN DEL CONTROL INTERNO.	X.1. Información de los recursos.
	X.2. Información de las actividades.
	X.3. Información de los procesos.
	X.4. Auditoría del control interno
	X5. Seguimiento de las recomendaciones del control interno.
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b> Y. SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS	Y.1. Servicios de salud.
	Y.2. Calidad humana en la prestación de servicios.
	Y.3. Eficiencia de los servicios médicos.
	Y.4. Mejora continua de los servicios médicos.
	Y.5. Competitividad de los servicios médicos.
<b>DIMENSIÓN ESPACIAL:</b> Z. CENTROS DE SALUD DEL DISTRITO EL AGUSTINO DE LIMA METROPOLITANA.	

Fuente: Diseño propio.

**OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES E INDICADORES DE LA  
INVESTIGACION:**

<b>VARIABLES</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>RELACIÓN</b>
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b> X. INFORMACIÓN DEL CONTROL INTERNO.	X.1. Información de los recursos.	Grado de información de los recursos.	X- Y- Z  X.1., Y, Z X.2., Y., Z X.3., Y., Z X.4., Y., Z X.5., Y., Z
	X.2. Información de las actividades.	Grado de información de las actividades.	
	X.3. Información de los procesos.	Grado de información de los procesos.	
	X.4. Auditoría del control interno	Grado de la auditoría del control interno	
	X5. Seguimiento de las recomendaciones del control interno.	Grado de seguimiento de las recomendaciones del control interno.	
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b> Y. SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS	Y.1. Servicios de salud.	Grado de los servicios de salud.	
	Y.2. Calidad humana en la prestación de servicios.	Grado de calidad humana en la prestación de servicios.	
	Y.3. Eficiencia de los servicios médicos.	Grado de eficiencia de los servicios médicos.	
	Y.4. Mejora continua de los servicios médicos.	Grado de mejora continua de los servicios médicos.	
	Y.5. Competitividad de los servicios médicos.	Grado de competitividad de los servicios médicos.	
<b>DIMENSIÓN ESPACIAL:</b> Z. CENTROS DE SALUD DEL DISTRITO EL AGUSTINO DE LIMA METROPOLITANA.			

Fuente: Diseño propio.

### 3.3.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>
<p align="center"><b>INFORMACIÓN DEL CONTROL INTERNO</b></p>	<p>El control interno se concreta con la información de los recursos de la entidad en primer lugar, luego es de mucha utilidad la información de las actividades, también la información de los procesos; sobre lo anterior debe aplicarse la auditoría del control interno para saber si el mismo va caminando de la mejor manera y termina con el seguimiento de las recomendaciones del control interno, que originará decisiones que servirán para la satisfacción de los usuarios.</p>
<p align="center"><b>SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS</b></p>	<p>La satisfacción de los usuarios de los Centros de salud opera en base a los servicios que prestan estas entidades; tiene como soporte fundamental la calidad humana de los trabajadores en la prestación de los servicios; sobre lo anterior deviene la eficiencia con la cual debe darse los servicios médicos; los cuales deben permanecer en un proceso de mejora continua y estar logrando y manteniendo la competitividad de los servicios médicos de los Centros de Salud.</p>

### 3.4. INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los instrumentos que se utilizaron en la investigación fueron los cuestionarios, fichas de encuesta y Guías de análisis.

- 1) **Cuestionarios:** Estos documentos han contenido las preguntas de carácter cerrado sobre- la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

El carácter cerrado fue por el poco tiempo que disponen los encuestados para responder sobre la investigación. También contendrá un cuadro de respuesta con las alternativas correspondientes.

- 2) **Fichas bibliográficas:** Se utilizaron para tomar anotaciones de los libros, textos, revistas, normas y de todas las fuentes de información correspondientes sobre la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

- 3) **Guías de análisis documental:** Se utilizaron como hoja de ruta para disponer de la información que realmente se va a considerar en la investigación sobre la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

### **3.5. PROCEDIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.5.1. TÉCNICAS DE RECOPIACIÓN DE DATOS**

Las técnicas que se utilizaron en la investigación fueron las siguientes:

- 1) **Encuestas.** Se aplicarán al personal de la muestra para obtener respuestas en relación a la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.
- 2) **Toma de información.** Se aplicó para tomar información de libros, textos, normas y demás fuentes de información relacionadas a la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.
- 3) **Análisis documental.** Se utilizó para evaluar la relevancia de la información que se considerará para el trabajo de investigación, relacionada con la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

#### **3.5.2. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE DATOS**

Se aplicaron las siguientes técnicas de procesamiento de datos:

- 1) **Ordenamiento y clasificación.** Se aplicó para tratar la información cualitativa y cuantitativa de la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana; en forma ordenada, de modo de interpretarla y sacarle el máximo provecho.

- 2) **Registro manual.** Se aplicó para digitar la información de las diferentes fuentes sobre la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.
- 3) **Proceso computarizado con Excel.** Se aplicó para determinar diversos cálculos matemáticos y estadísticos de utilidad sobre la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.
- 4) **Proceso computarizado con SPSS.** Se aplicó para digitar, procesar y analizar datos y determinar indicadores promedios, de asociación y otros sobre la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

### 3.6. ANÁLISIS DE DATOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se aplicaron las siguientes técnicas de análisis de datos:

- 1) **Análisis documental:** Esta técnica permitió conocer, comprender, analizar e interpretar cada una de las normas, revistas, textos, libros, artículos de Internet y otras fuentes documentales sobre la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.
- 2) **Indagación:** Esta técnica facilitó disponer de datos cualitativos y cuantitativos de cierto nivel de razonabilidad sobre la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

- 3) **Conciliación de datos:** Esta técnica permitió comparar los datos sobre la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana de algunos autores para que sean tomados en cuenta.
  
- 4) **Tabulación de cuadros con cantidades y porcentajes:** La información cuantitativa sobre la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana, fue tabulada en cuadros ordenados con cantidades y porcentajes para poder analizarlos e interpretarlos.
  
- 5) **Comprensión de gráficos:** Se utilizaron los gráficos para presentar información sobre la información del control interno y la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

### **3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para Bunge (2016):

La consideración ética principal es que este trabajo expresa la verdad, por lo demás de aplica la objetividad e imparcialidad en el tratamiento de las opiniones y resultados; asimismo, no se da cuenta de aspectos confidenciales que manejan las entidades relacionadas con la actividad portuaria. También se ha establecido una cadena de interrelaciones con personal de la entidad; todo con el propósito de obtener un producto que cumpla sus objetivos.

En otro contexto, el contenido de la investigación ha sido planeado desde el punto de vista de la gente que se piensa utilizará los resultados. Sin embargo, es posible que el trabajo cause consecuencias también a otras personas además de las previstas. Considerar estos efectos secundarios fortuitos es el tema en una subdivisión especial de la metodología - la ética de la investigación; mediante la cual debe realizarse una suerte de puntería para que disminuya las inconveniencias si las hubiere. Los ajenos a que el trabajo de investigación pueda afectar pertenecen a cualquiera de uno de los dos mundos donde la investigación tiene relaciones: o a la comunidad científica de investigadores, o al mundo práctico de empiria y profanos.

El trabajo de investigación se conecta con ambas esferas en sus bordes de la "entrada" y de la "salida", que hacen en conjunto de relaciones con la gente exterior, cada uno de los cuales puede potencialmente traer problemas éticos.

#### **ÉTICA DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Para Bunge (2016):

Debe ser innecesario precisar que en ciencia uno de los comportamientos incorrectos más dañinos es la falsificación de datos o resultados. El daño más grave que se causa no

es que el infractor alcance indebidamente un grado académico; lo peor es que la información inventada tal vez vaya a ser usada de buena fe por otros, lo que puede conducir a muchos trabajos infructuosos. Eso no ocurrirá en este caso.

### **ARCHIVO DE DATOS SOBRE PERSONAS:**

Para Bunge (2016):

Para proteger a las personas respecto a su presencia en distintos ficheros, de los cuales pueden no tener idea, varios países han desarrollado ahora legislación. Por ejemplo, en el Reino Unido, todo investigador con intención de registrar datos sobre personas debe cumplir las Principles of Data Protection (Directrices sobre protección de datos) en relación con los datos personales que posee.

En España, esto está regulado de forma general por la Ley Orgánica del 29 de octubre de 1992, sobre tratamiento automatizado de los datos de carácter personal. En líneas generales estos principios establecen que los datos personales deben: Ser obtenidos y procesados de forma correcta y legal; Mantenerse solamente para finalidades legales que se describen en la entrada del registro; Ser usados o revelados solamente con esos fines o aquellos que sean compatibles; Ser adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con el propósito para el que se mantienen; Ser exactos y, cuando sea necesario, mantenidos al día; Conservarse no más allá de lo necesario para la finalidad con la que se mantienen; Ser capaces de permitir a los individuos tener acceso a la información que se tiene sobre ellos y, cuando proceda, corregirlos o borrarlos; Estar rodeados de las medidas de seguridad adecuadas.

### **ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN:**

Para Bunge (2016):

El progreso en la ciencia significa acumulación del conocimiento: las generaciones sucesivas de investigadores construyen su trabajo sobre la base de los resultados alcanzados por científicos anteriores. El conocimiento resultante es de este modo de uso colectivo, lo que exige unas ciertas normas internas de las comunidades científicas. Un tratado clásico sobre estas normas es *The Normative Structure of Science* (1949, 1973), de Robert Merton. En él se enumeran las cuatro características imprescindibles que se supone responden los científicos en sus relaciones mutuas: universalismo, comunismo, desinterés, escepticismo organizado. En este contexto, el "comunismo" significa que los resultados de científicos anteriores se pueden utilizar libremente por investigadores más tarde. El procedimiento correcto entonces es que el inventor original es reconocido en el informe final. Fallando esto, el escritor da la impresión de ser en sí mismo el autor de las ideas. Esta clase de infracción se llama plagio. Los procedimientos para indicar a los escritores originales se explican bajo títulos que presentan los resultados del estudio y de la lista bibliográfica de fuentes. La Academia Nacional Americana de las Ciencias publicó en 1994 un opúsculo, *On Being a Scientist - Responsible Conduct in Research* [Ser científico - Conducta responsable en la investigación], donde se tratan las relaciones entre científicos.

Aquí se incluyen algunas citas de este libro. "El principio de justicia y el papel del reconocimiento personal dentro del sistema de retribución de la ciencia explican el énfasis dado a la correcta atribución de los créditos. En el trabajo científico estándar, el crédito se reconoce explícitamente en tres lugares: en la lista de autores, en el reconocimiento de contribuciones de otros y en la lista de referencias o citas. En cualquiera de estos lugares pueden surgir conflictos en torno a la atribución adecuada". "Las citas sirven para muchos propósitos en un trabajo científico. Reconocen el trabajo de otros científicos, dirigen al lector hacia fuentes adicionales de información,

reconocen conflictos con otros resultados, y proporcionan apoyo para las opiniones expresadas en el documento. Más ampliamente, las citas sitúan a un trabajo dentro de su contexto científico, relacionándolo con el estado presente del conocimiento científico. Omitir la cita de la obra de otros puede suscitar algo más que sentimientos desagradables. Las citas son parte del sistema de gratificación de la ciencia. Están conectadas con decisiones sobre financiación y con las carreras futuras de los investigadores. De manera más general, la incorrecta atribución del crédito intelectual socava el sistema de incentivos para la publicación".

### **ÉTICA DE LA APLICACIÓN.**

Para Bunge (2016):

Hace algunas décadas, algunos investigadores querían desechar todo escrúpulo (respeto) ético basándose en que la búsqueda de la verdad es un fin excelso al que deben ceder el paso todas las demás actividades. Sobre un fondo como el de este pensamiento fue tal vez como la tradición de la Edad Media subordinó toda la investigación a la teología. Tal apoteosis de la ciencia ya no es factible.

El ciudadano moderno no está dispuesto a aceptar imperativos éticos absolutos. Hoy, cuando se trata de valores en torno a la ciencia y la investigación, de lo que estamos hablando realmente es de preferencias, y cada cual acepta el hecho de que las preferencias varían de una persona a otra. Habitualmente la aplicación de los hallazgos de una investigación produce simultáneamente ventajas para algunas personas y desventajas para otras partes implicadas.

## IV: RESULTADOS

### 4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

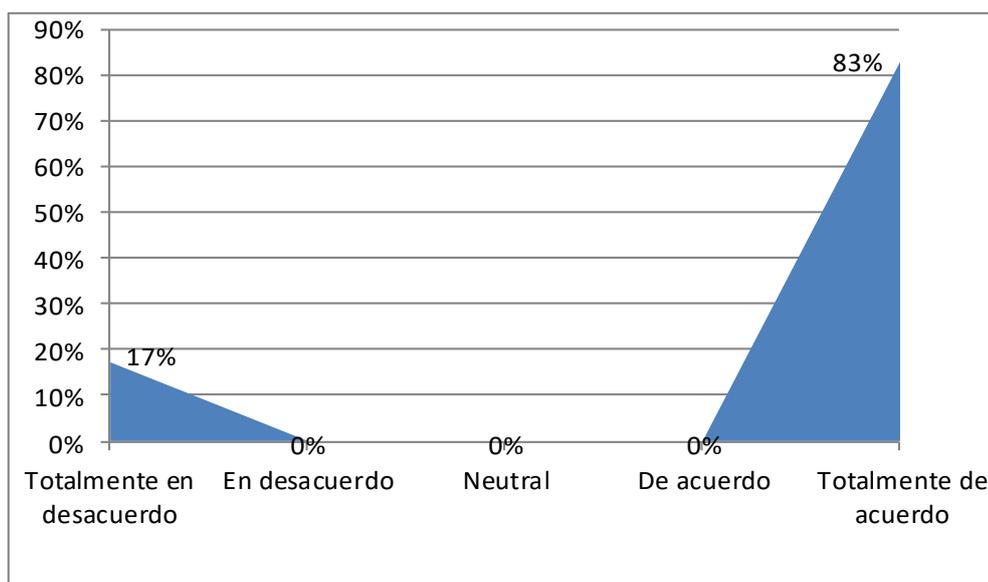
**TABLA No. 1:**

La información del control interno comprende a los recursos, actividades, procesos y demás aspectos.

NR	ALTERNATIVAS	CANT	%
1	Totalmente en desacuerdo	17	17.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	00	00.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	83	83.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada

**GRAFICO No 1:**



Fuente: Encuesta realizada

**INTERPRETACIÓN:**

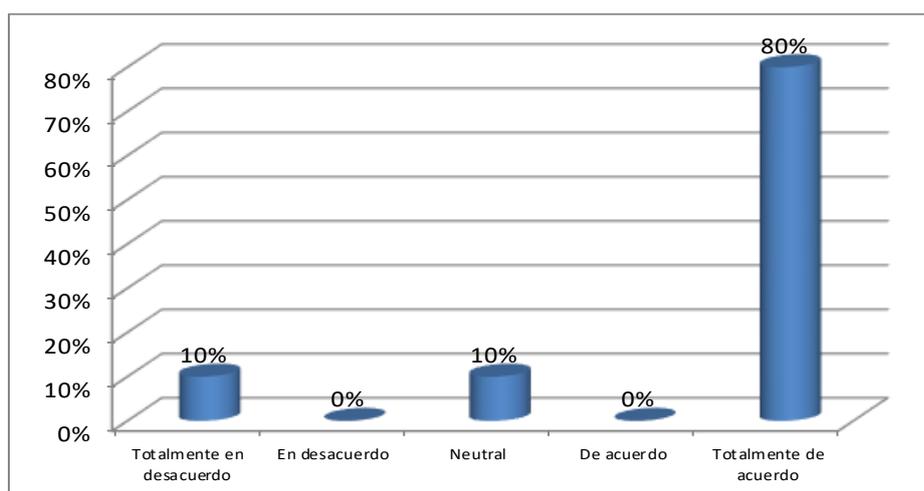
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 83% de los encuestados acepta que la información del control interno comprende a los recursos, actividades, procesos y demás aspectos de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 2:**

La información de los recursos comprende a los humanos, materiales, financieros y tecnológicos.

<b>NR</b>	<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CANT</b>	<b>%</b>
1	Totalmente en desacuerdo	10	10.00
2	En desacuerdo	00	0.00
3	Neutral	10	10.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	80	80.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada

**GRAFICO NR 2:**

Fuente: Encuesta realizada

**INTERPRETACIÓN:**

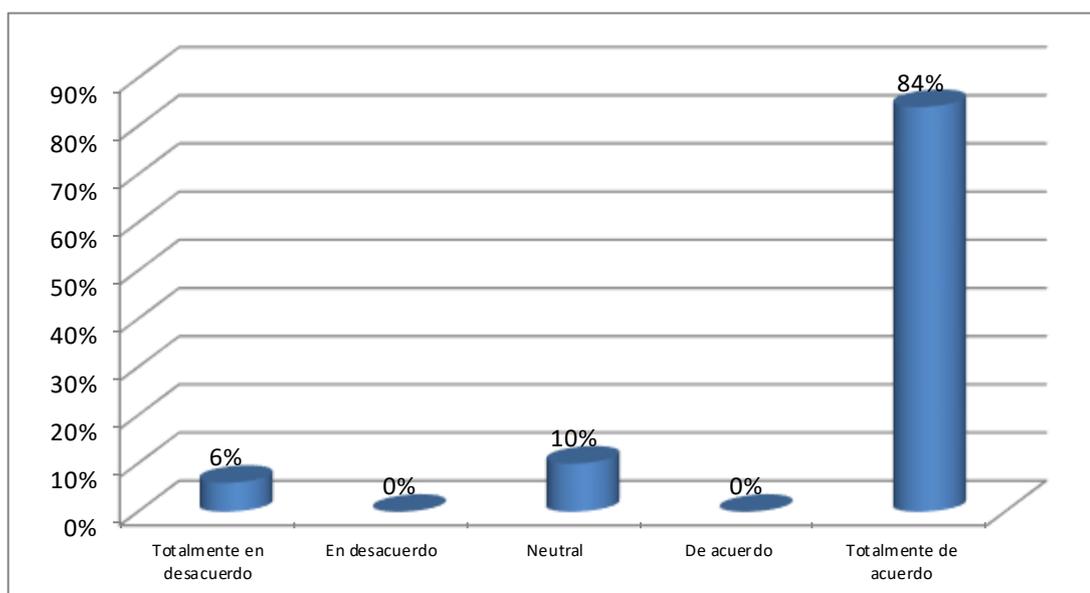
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 78% de los encuestados acepta que la información de los recursos comprende a los humanos, materiales, financieros y tecnológicos de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 3:**

La información de los recursos facilitará la satisfacción de los usuarios.

NR	ALTERNATIVAS	CANT	%
1	Totalmente en desacuerdo	6	6.00
2	En desacuerdo	00	0.00
3	Neutral	10	10.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	84	84.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada.

**GRAFICO No. 3:**

Fuente: Encuesta realizada.

**INTERPRETACIÓN:**

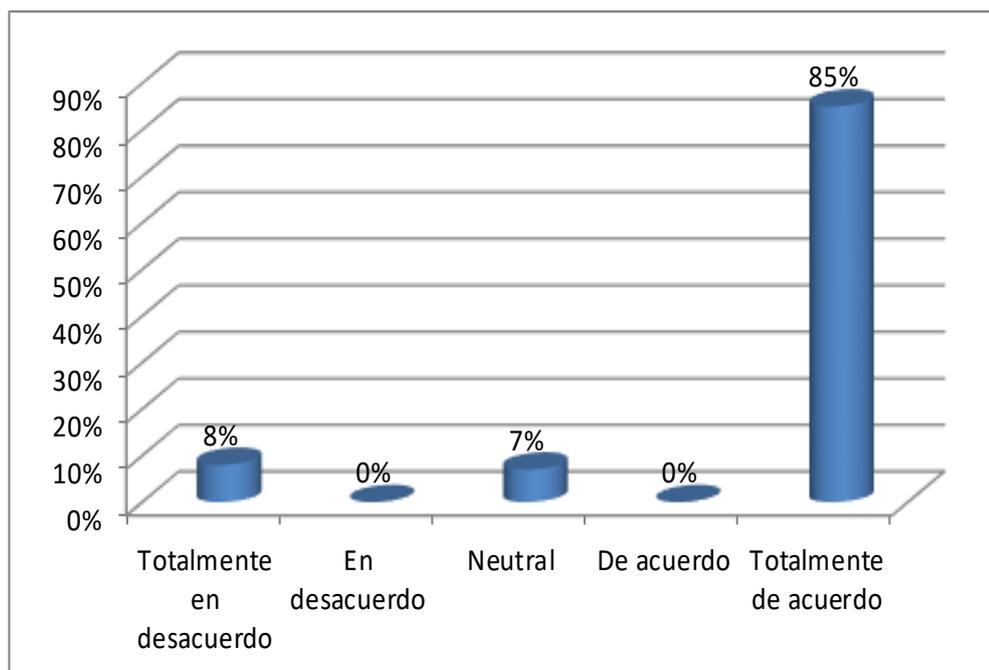
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 84% de los encuestados acepta que la información de los recursos facilitará la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 4:**

La información de las actividades comprende las médicas, operativas, administrativas y otras.

<b>NR</b>	<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CANT</b>	<b>%</b>
1	Totalmente en desacuerdo	8	8.00
2	En desacuerdo	00	0.00
3	Neutral	7	7.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	85	85.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada

**GRAFICO No. 4:**

Fuente: Encuesta realizada

### **INTERPRETACIÓN:**

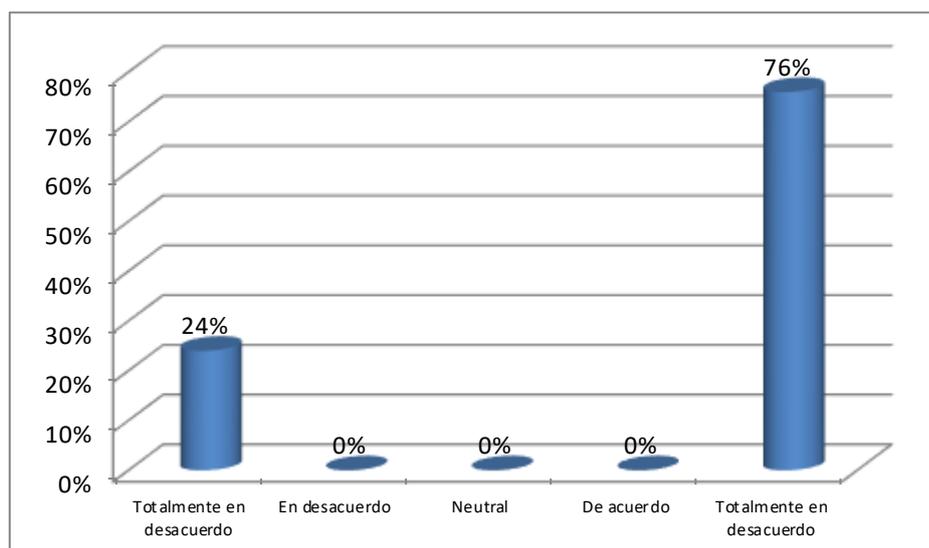
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 85% de los encuestados acepta que la información de las actividades comprende las médicas, operativas, administrativas y otras de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 5:**

La información de las actividades facilita la satisfacción de los usuarios.

NR	ALTERNATIVAS	CANT	%
1	Totalmente en desacuerdo	24	24.00
2	En desacuerdo	00	0.00
3	Neutral	00	00.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	76	76.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada.

**GRAFICO No. 5:**

Fuente: Encuesta realizada.

### **INTERPRETACIÓN:**

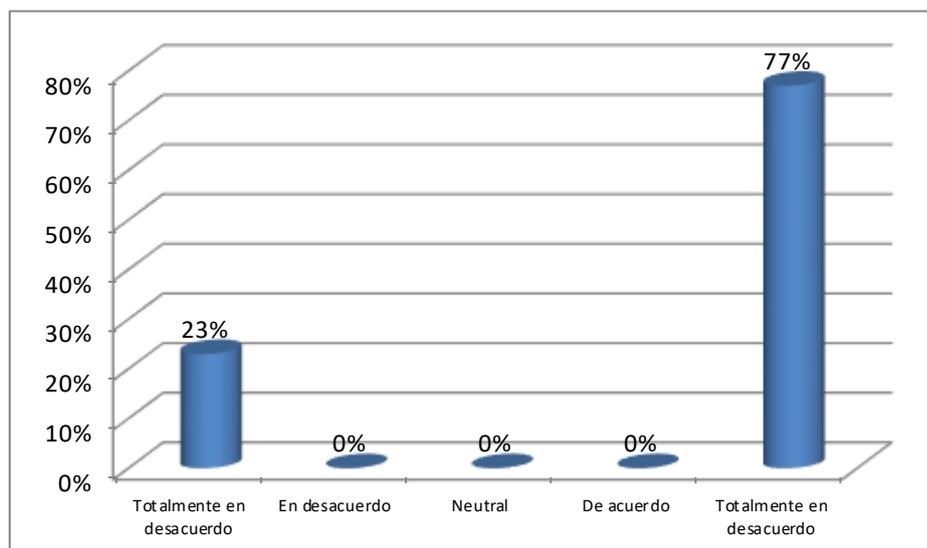
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 76% de los encuestados acepta que la información de las actividades facilita la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 6:**

La información de los procesos es de mucha utilidad para la satisfacción de los usuarios.

<b>NR</b>	<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CANT</b>	<b>%</b>
1	Totalmente en desacuerdo	23	23.00
2	En desacuerdo	00	0.00
3	Neutral	00	00.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	77	77.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada.

**GRAFICO No. 6:**

Fuente: Encuesta realizada.

### **INTERPRETACIÓN:**

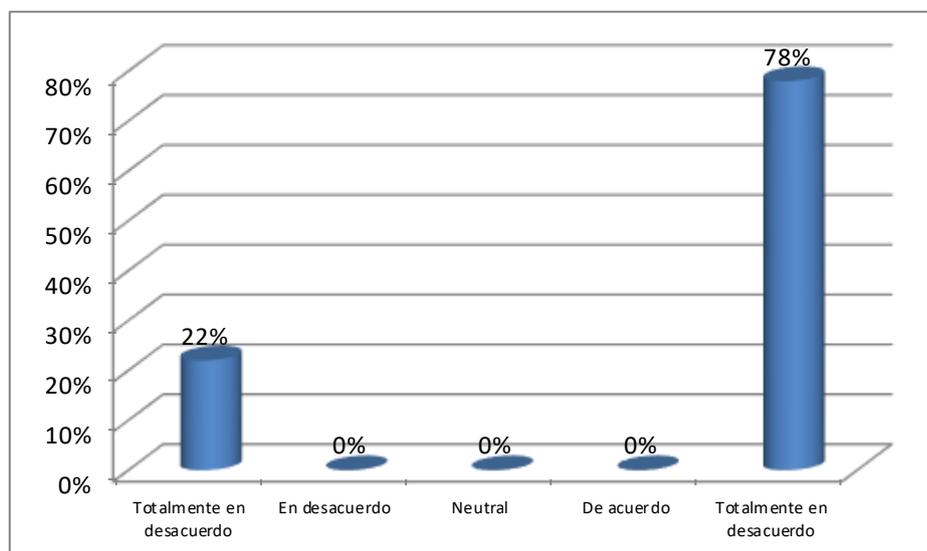
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 77% de los encuestados acepta que la información de los procesos es de mucha utilidad para la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 7:**

La información de los procesos se determina mediante acciones.

<b>NR</b>	<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CANT</b>	<b>%</b>
1	Totalmente en desacuerdo	22	22.00
2	En desacuerdo	00	0.00
3	Neutral	00	00.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	78	78.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada.

**GRAFICO No. 7:**

Fuente: Encuesta realizada.

### **INTERPRETACIÓN:**

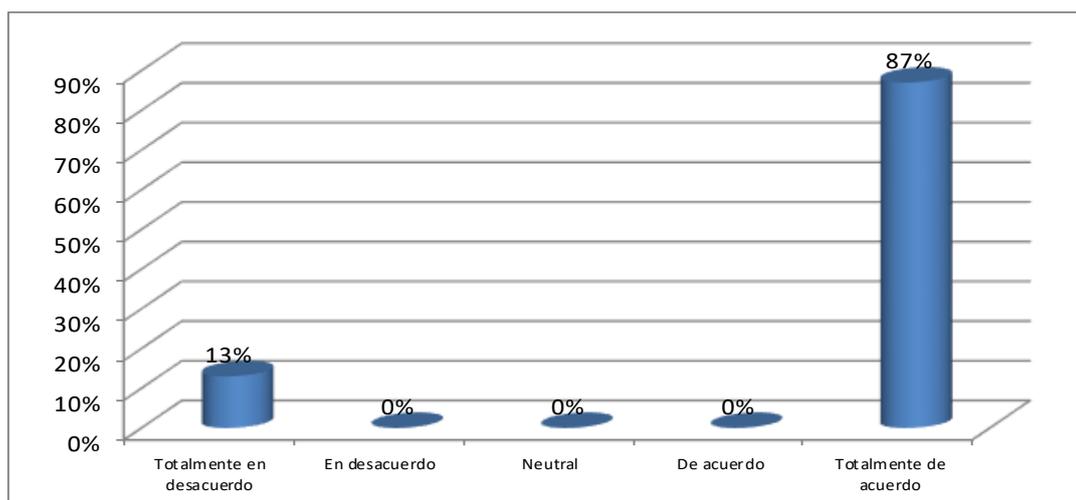
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 78% de los encuestados acepta que la información de los procesos se determina mediante acciones de control de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 8:**

La auditoría del control interno es el examen a la implementación y desarrollo del sistema de control interno.

NR	ALTERNATIVAS	CANT	%
1	Totalmente en desacuerdo	13	13.00
2	En desacuerdo	00	0.00
3	Neutral	00	00.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	87	87.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada.

**GRAFICO No. 8:**

Fuente: Encuesta realizada.

### **INTERPRETACIÓN:**

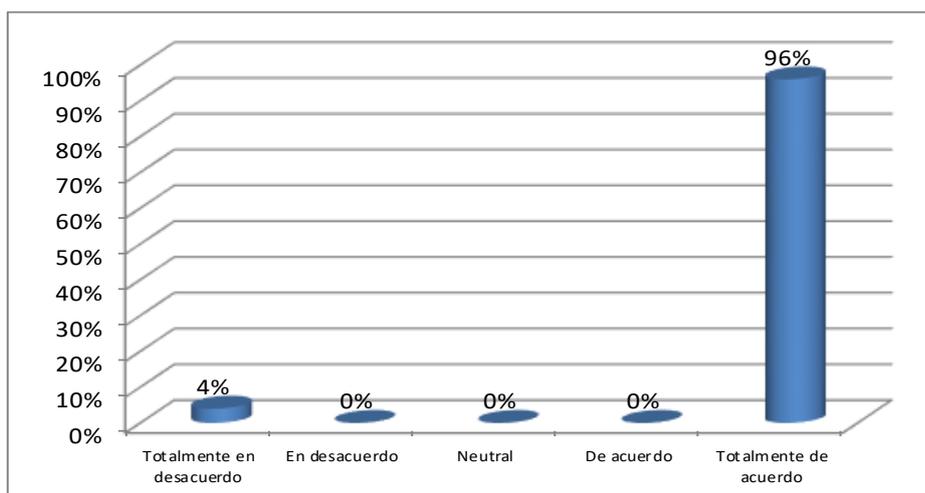
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 87% de los encuestados acepta que la auditoría del control interno es el examen a la implementación y desarrollo del sistema de control interno de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 9:**

La auditoría del control interno facilitará información relevante para la satisfacción de los usuarios.

NR	ALTERNATIVAS	CANT	%
1	Totalmente en desacuerdo	04	04.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	00	00.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	96	96.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada.

**GRAFICO No. 9:**

Fuente: Encuesta realizada.

### **INTERPRETACIÓN:**

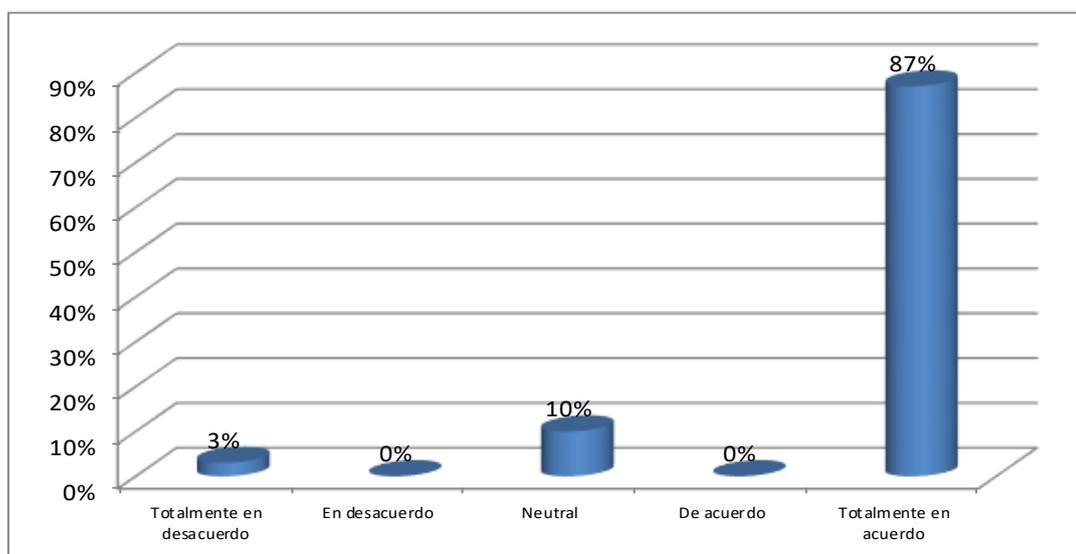
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 96% de los encuestados acepta que la auditoría del control interno facilitará información relevante para la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 10:**

El seguimiento de las recomendaciones del control interno permitirá concretar efectivamente la satisfacción de los usuarios.

NR	ALTERNATIVAS	CANT	%
1	Totalmente en desacuerdo	03	03.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	10	10.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	87	87.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada.

**GRAFICO No. 10:**

Fuente: Encuesta realizada.

### **INTERPRETACIÓN:**

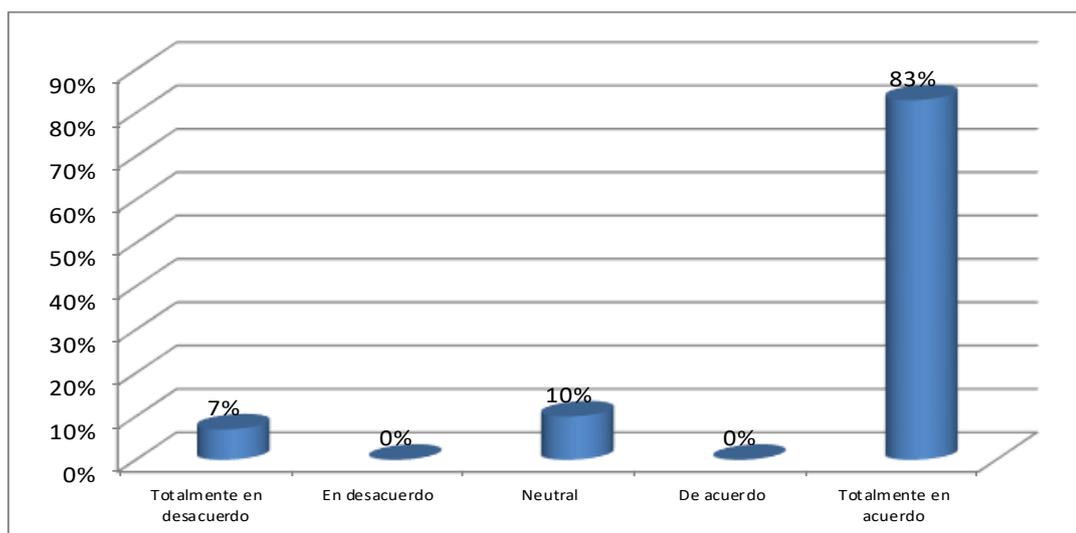
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 87% de los encuestados acepta que el seguimiento de las recomendaciones del control interno permitirá concretar efectivamente la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 11:**

El control interno debe estar adecuadamente implementado y desarrollado para que ayude al logro de las metas y objetivos.

NR	ALTERNATIVAS	CANT	%
1	Totalmente en desacuerdo	07	07.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	10	10.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	83	83.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada.

**GRAFICO No. 11:**

Fuente: Encuesta realizada.

### **INTERPRETACIÓN:**

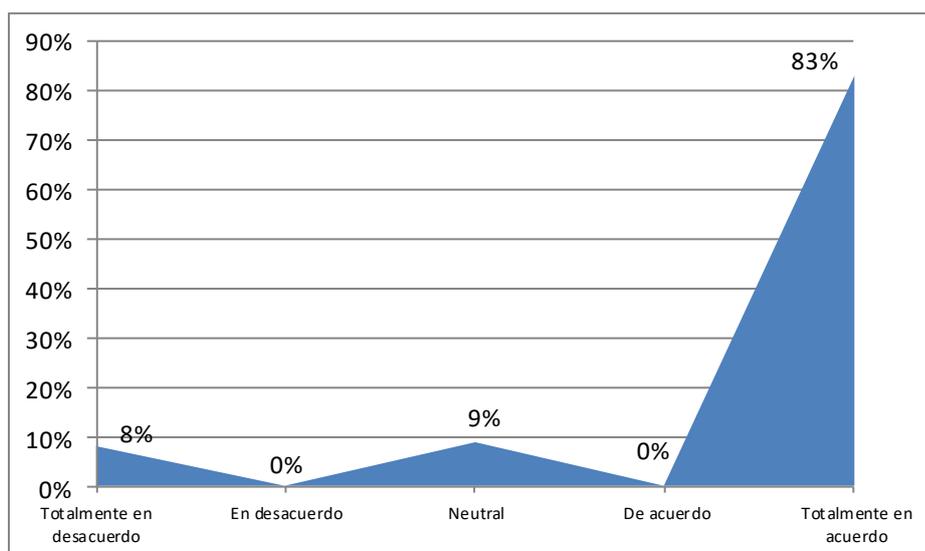
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 83% de los encuestados acepta que el control interno debe estar adecuadamente implementado y desarrollado para que ayude al logro de las metas y objetivos de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 12:**

La satisfacción de los usuarios es el grado de complacencia por los servicios médicos recibidos.

NR	ALTERNATIVAS	CANT	%
1	Totalmente en desacuerdo	08	08.00
2	En desacuerdo	00	0.00
3	Neutral	09	09.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	83	83.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada.

**GRAFICO No. 12:**

Fuente: Encuesta realizada.

**INTERPRETACIÓN:**

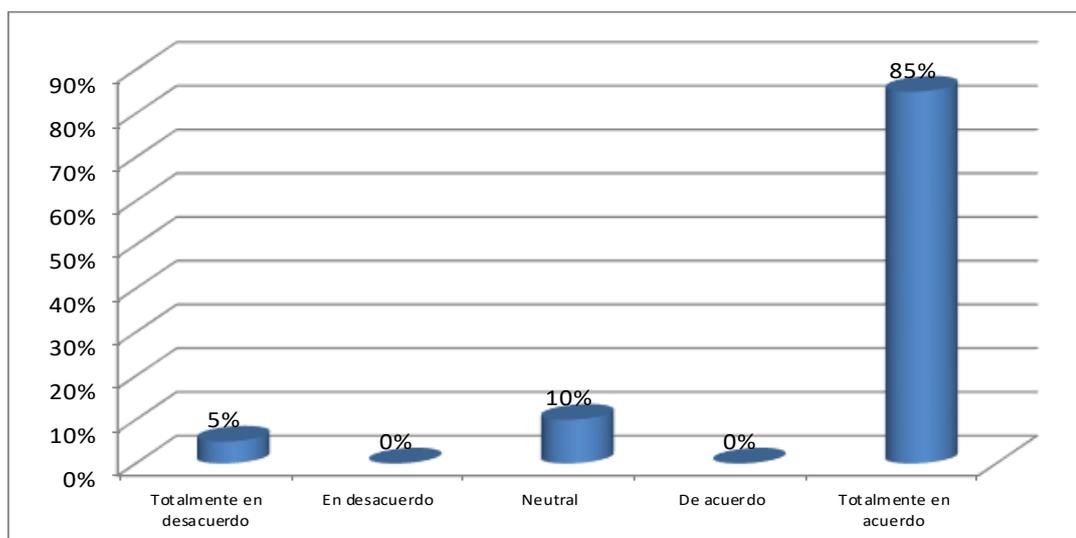
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 83% de los encuestados acepta que la satisfacción de los usuarios es el grado de complacencia por los servicios médicos recibidos en los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 13:**

Los servicios de salud deben prestarse en la mayor cantidad y calidad.

NR	ALTERNATIVAS	CANT	%
1	Totalmente en desacuerdo	05	05.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	10	10.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	85	85.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada.

**GRAFICO No. 13:**

Fuente: Encuesta realizada.

### **INTERPRETACIÓN:**

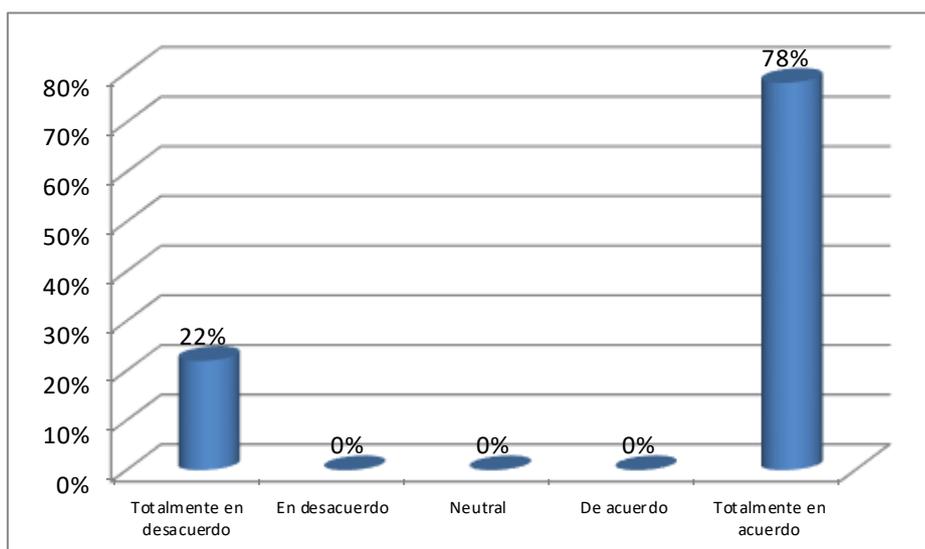
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 85% de los encuestados acepta que los servicios de salud deben prestarse en la mayor cantidad y calidad en los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 14:**

Los servicios de salud de calidad logran la satisfacción de los usuarios.

NR	ALTERNATIVAS	CANT	%
1	Totalmente en desacuerdo	22	22.00
2	En desacuerdo	00	0.00
3	Neutral	00	00.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	78	78.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada.

**GRAFICO No. 14:**

Fuente: Encuesta realizada.

### **INTERPRETACIÓN:**

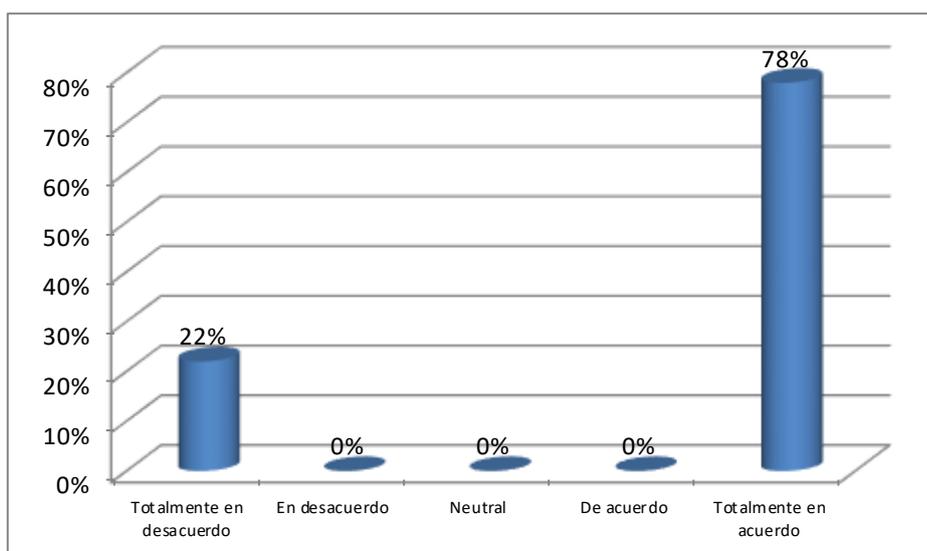
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 78% de los encuestados acepta que los servicios de salud de calidad logran la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 15:**

La calidad humana es la generación de una forma autentica de buen trato para los usuarios.

<b>NR</b>	<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CANT</b>	<b>%</b>
1	Totalmente en desacuerdo	22	22.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	00	00.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	78	78.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada.

**GRAFICO No. 15:**

Fuente: Encuesta realizada.

**INTERPRETACIÓN:**

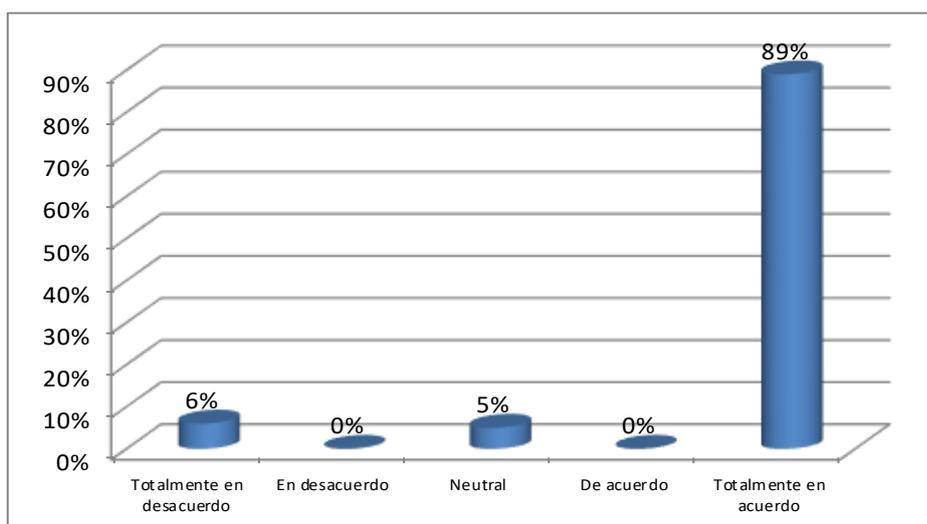
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 78% de los encuestados acepta que la calidad humana es la generación de una forma autentica de buen trato para los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 16:**

Los buenos servicios de salud tienen que complementarse con la calidad humana de los trabajadores.

NR	ALTERNATIVAS	CANT	%
1	Totalmente en desacuerdo	6	6.00
2	En desacuerdo	00	0.00
3	Neutral	5	5.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	89	89.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada.

**GRAFICO No. 16:**

Fuente: Encuesta realizada.

### **INTERPRETACIÓN:**

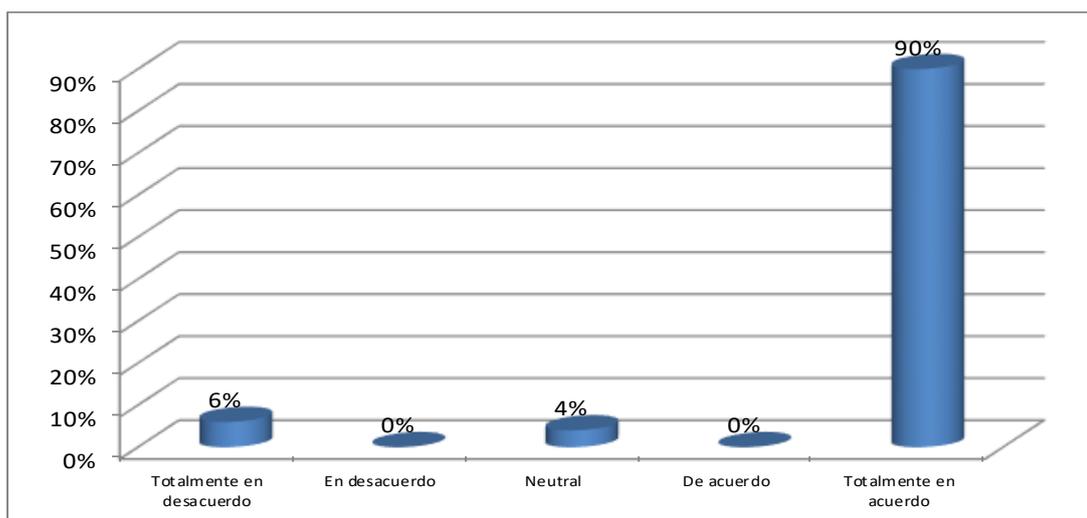
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 89% de los encuestados acepta que los buenos servicios de salud tienen que complementarse con la calidad humana de los trabajadores de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 17:**

La eficiencia de los servicios comprende los costos racionales y la obtención del mayor beneficio en los servicios médicos.

NR	ALTERNATIVAS	CANT	%
1	Totalmente en desacuerdo	6	6.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	4	4.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	90	90.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada.

**GRAFICO No. 17:**

Fuente: Encuesta realizada.

### **INTERPRETACIÓN:**

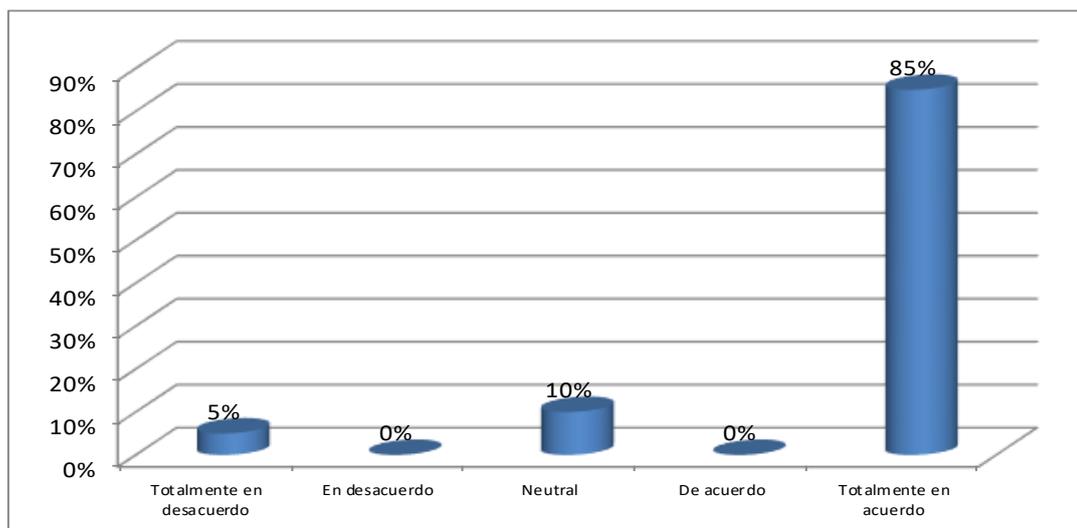
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 90% de los encuestados acepta que la eficiencia de los servicios comprende los costos racionales y la obtención del mayor beneficio en los servicios médicos de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 18:**

La eficiencia comprende la racionalización de los recursos para llevar a cabo las actividades de los servicios de salud.

NR	ALTERNATIVAS	CANT	%
1	Totalmente en desacuerdo	5	5.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	10	10.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	85	85.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada.

**GRAFICO No. 18:**

Fuente: Encuesta realizada.

### **INTERPRETACIÓN:**

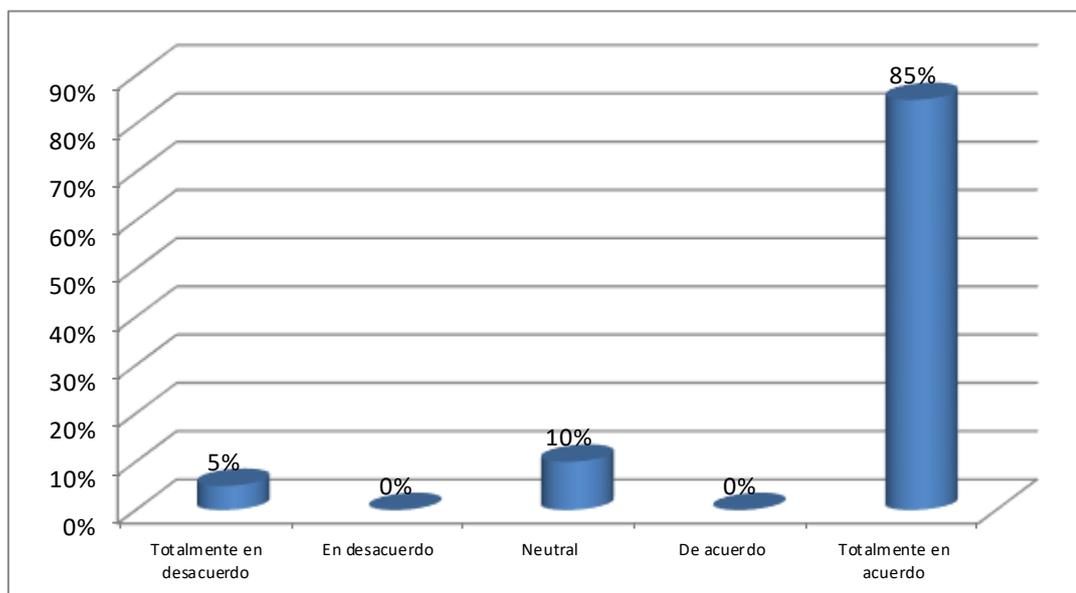
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 85% de los encuestados acepta que la eficiencia comprende la racionalización de los recursos para llevar a cabo las actividades de los servicios de salud de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 19:**

La mejora continua comprende la creatividad en la prestación de los servicios de salud.

<b>NR</b>	<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CANT</b>	<b>%</b>
1	Totalmente en desacuerdo	5	5.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	10	10.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	85	85.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada.

**GRAFICO No. 19:**

Fuente: Encuesta realizada.

### **INTERPRETACIÓN:**

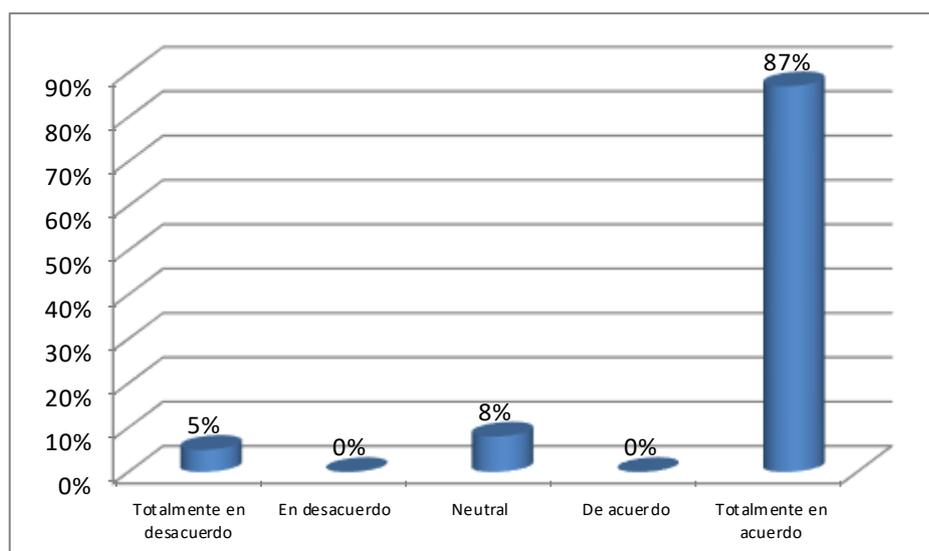
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 85% de los encuestados acepta que la mejora continua comprende la creatividad en la prestación de los servicios de salud en los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 20:**

La mejora continua comprende la permanente innovación en la prestación de servicios de salud.

NR	ALTERNATIVAS	CANT	%
1	Totalmente en desacuerdo	5	5.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	8	8.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	87	87.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada.

**GRAFICO No. 20:**

Fuente: Encuesta realizada.

### **INTERPRETACIÓN:**

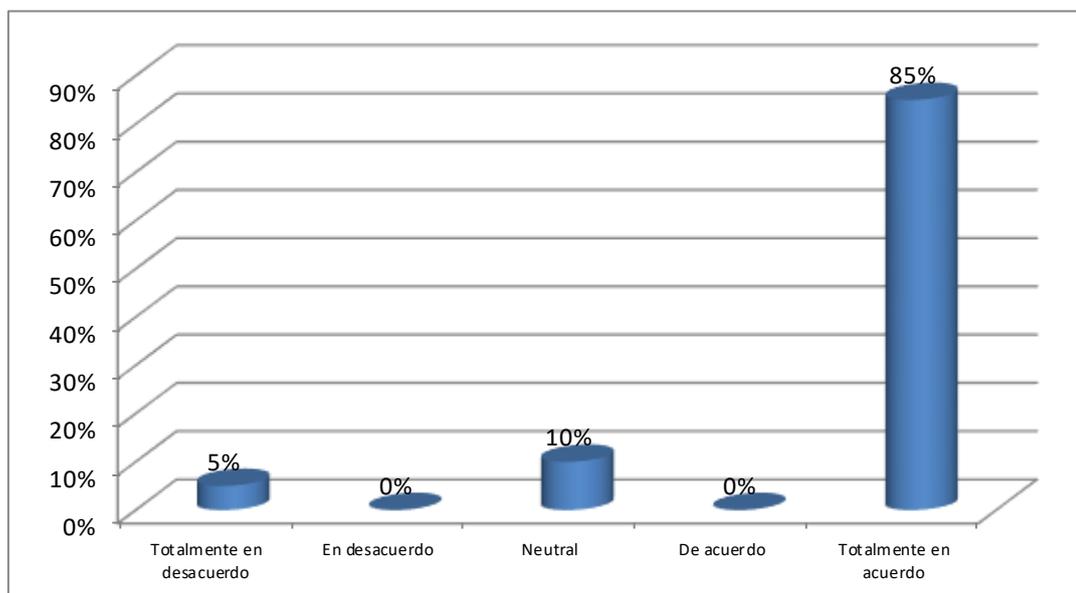
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 87% de los encuestados acepta que la mejora continua comprende la permanente innovación en la prestación de servicios de salud en los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 21:**

La competitividad de los servicios de salud se refiere a la mayor calidad de dichos servicios.

<b>NR</b>	<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>CANT</b>	<b>%</b>
1	Totalmente en desacuerdo	5	5.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	10	10.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	85	85.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada.

**GRAFICO No. 21:**

Fuente: Encuesta realizada.

### **INTERPRETACIÓN:**

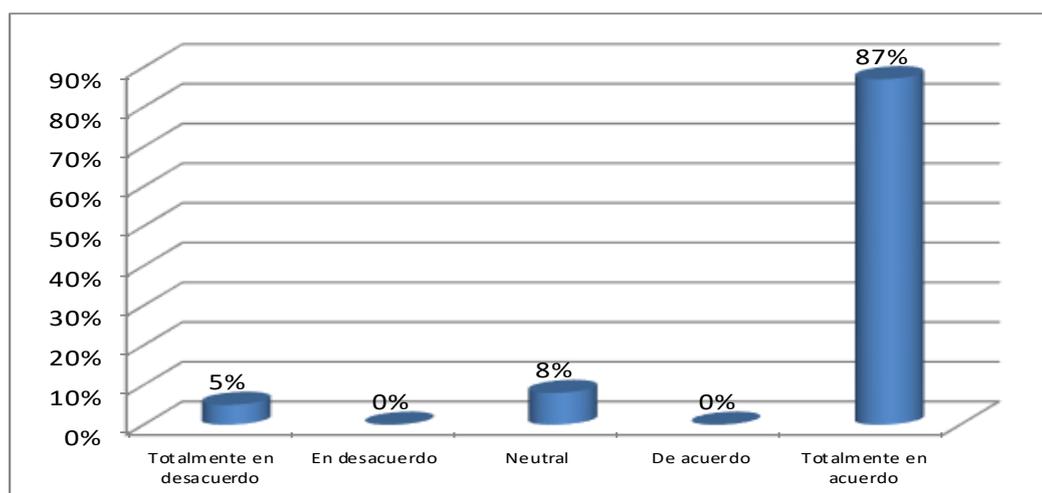
Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 85% de los encuestados acepta que la competitividad de los servicios de salud se refiere a la mayor calidad de dichos servicios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA No. 22:**

La competitividad de los servicios de salud se refiere a la imposición de unos Centros de Salud.

NR	ALTERNATIVAS	CANT	%
1	Totalmente en desacuerdo	5	5.00
2	En desacuerdo	00	00.00
3	Neutral	8	8.00
4	De acuerdo	00	00.00
5	Totalmente de acuerdo	87	87.00
	<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Encuesta realizada.

**GRAFICO No. 22:**

Fuente: Encuesta realizada.

### **INTERPRETACIÓN:**

Este resultado favorece el modelo de investigación desarrollado; por cuanto el 87% de los encuestados acepta que la competitividad de los servicios de salud se refiere a la imposición de unos Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana frente a otros del Distrito y de otros Distritos.

## 4.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

### 4.2.1. CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL

H1: La información del control interno influye en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

H0: La información del control interno NO influye en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA DE FRECUENCIAS OBSERVADAS**

<b>Variables</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>Total</b>
Información del control interno	78	22	100
Satisfacción de los usuarios	78	22	100
<b>TOTALES</b>	78	22	100

**TABLA DE FRECUENCIAS ESPERADAS**

<b>VARIABLES</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>Total</b>
Información del control interno	82	18	100
Satisfacción de los usuarios	82	18	100
<b>TOTALES</b>	<b>82</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Para probar la hipótesis se siguió los siguientes pasos:

- 1) Suposiciones: La muestra fue aleatoria simple y ascendió a 100.
- 2) La estadística de prueba fue:

$$\begin{aligned}
 X^2 &= \sum \frac{(\text{Observed frequencies} - \text{Expected frequencies})^2}{\text{Expected frequencies}} \\
 &= \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}
 \end{aligned}$$

- 3) Regla de decisión: Rechazar hipótesis nula si el valor de  $X^2$  es mayor o igual a 0.05 = 5.00%
- 4) Al aplicar la estadística de prueba se tiene:

$$X^2 = ((78-82)^2) / 82 = 0.1951 = 19.51\%$$

5) Decisión estadística: Dado que  $19.51\% > 5.00\%$ , se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

6) Conclusión:

La información del control interno influye en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

El control interno facilita amplia información de la entidad, sobre los recursos institucionales; sobre las actividades institucionales; sobre los procesos institucionales, asimismo a través de su herramienta la auditoría del control interno la información se sistematiza de mejor manera; y, se complementa esta información con el seguimiento de las recomendaciones del control interno, lo cual asegura el cumplimiento para el bien de este tipo de instituciones.

#### 4.2.2. CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS ESPECÍFICA NR 1

H1: La información de los recursos incide en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

H0: La información de los recursos NO incide en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA DE FRECUENCIAS OBSERVADAS**

<b>Indicadores</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>total</b>
Información de los recursos	80	20	100
Satisfacción de los usuarios	80	20	100
<b>Totales</b>	80	20	100

**TABLA DE FRECUENCIAS ESPERADAS**

<b>Indicadores</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>total</b>
Información de los recursos	83	17	100
Satisfacción de los usuarios	83	17	100
<b>Totales</b>	83	17	100

Para probar la hipótesis se seguirá los siguientes pasos:

1) Suposiciones: La muestra es aleatoria simple y asciende a 100.

2) La estadística de prueba es:

$$\begin{aligned}
 X^2 &= \sum \frac{(\text{Observed frequencies} - \text{Expected frequencies})^2}{\text{Expected frequencies}} \\
 &= \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}
 \end{aligned}$$

3) Regla de decisión: Rechazar hipótesis nula si el valor de  $X^2$  es mayor o igual a 0.05 = 5.00%

4) Al aplicar la estadística de prueba se tiene:

$$X^2 = ((80-83)^2) / 83 = 0.1084 = 10.84\%$$

5) Decisión estadística: Dado que  $10.84\% > 5.00\%$ , se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

6) Conclusión:

La información de los recursos incide en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

#### 4.2.3. CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS ESPECÍFICA NR 2

H1: La información de las actividades interviene en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

H0: La información de las actividades NO interviene en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA DE FRECUENCIAS OBSERVADAS**

<b>Indicadores</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>total</b>
Información de las actividades	77	23	100
Satisfacción de los usuarios	77	23	100
<b>Totales</b>	77	23	100

**TABLA DE FRECUENCIAS ESPERADAS**

<b>Indicadores</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>total</b>
Información de las actividades	82	18	100
Satisfacción de los usuarios	82	18	100
<b>Totales</b>	82	18	100

Para probar la hipótesis se seguirá los siguientes pasos:

- 1) Suposiciones: La muestra es aleatoria simple y asciende a 100
- 2) La estadística de prueba es:

$$\begin{aligned} X^2 &= \sum \frac{(\text{Observed frequencies} - \text{Expected frequencies})^2}{\text{Expected frequencies}} \\ &= \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e} \end{aligned}$$

- 3) Regla de decisión: Rechazar hipótesis nula si el valor de  $X^2$  es mayor o igual a  $0.05 = 5.00\%$
- 4) Al aplicar la estadística de prueba se tiene:

$$X^2 = ((77-82)^2) / 82 = 0.3049 = 30.49\%$$

- 5) Decisión estadística: Dado que  $30.49\% > 5.00\%$ , se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.
- 6) Conclusión:

La información de las actividades interviene en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

#### 4.2.4. CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS ESPECÍFICA NR 3

H1: La información de los procesos influye en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

H0: La información de los procesos NO influye en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA DE FRECUENCIAS OBSERVADAS**

<b>Indicadores</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>total</b>
Información de los procesos	90	10	100
Satisfacción de los usuarios	90	10	100
<b>Totales</b>	90	10	100

**TABLA DE FRECUENCIAS ESPERADAS**

<b>Indicadores</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>total</b>
Información de los procesos	85	15	100
Satisfacción de los usuarios	85	15	100
<b>Totales</b>	85	15	100

Para probar la hipótesis se seguirá los siguientes pasos:

- 1) Suposiciones: La muestra es aleatoria simple y asciende a 100.
- 2) La estadística de prueba es:

$$\begin{aligned} X^2 &= \sum \frac{(\text{Observed frequencies} - \text{Expected frequencies})^2}{\text{Expected frequencies}} \\ &= \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e} \end{aligned}$$

- 3) Regla de decisión: Rechazar hipótesis nula si el valor de  $X^2$  es mayor o igual a 0.05 = 5.00%
- 4) Al aplicar la estadística de prueba se tiene:

$$X^2 = ((90-85)^2) / 85 = 0.2941 = 29.41\%$$

- 5) Decisión estadística: Dado que 29.41% > 5.00%, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.
- 6) Conclusión:

La información de los procesos influye en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

#### 4.2.5. CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS ESPECÍFICA NR 4

H1: La auditoría del control interno incide en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

H0: La auditoría del control interno NO incide en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA DE FRECUENCIAS OBSERVADAS**

<b>Indicadores</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>total</b>
Auditoría del control interno	80	20	100
Satisfacción de los usuarios	80	20	100
<b>Totales</b>	80	20	100

**TABLA DE FRECUENCIAS ESPERADAS**

<b>Indicadores</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>total</b>
Auditoría del control interno	83	17	100
Satisfacción de los usuarios	83	17	100
<b>Totales</b>	83	17	100

Para probar la hipótesis se seguirá los siguientes pasos:

1)Suposiciones: La muestra es aleatoria simple y asciende a 100.

2)La estadística de prueba es:

$$\begin{aligned}
 X^2 &= \sum \frac{(\text{Observed frequencies} - \text{Expected frequencies})^2}{\text{Expected frequencies}} \\
 &= \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}
 \end{aligned}$$

3)Regla de decisión: Rechazar hipótesis nula si el valor de  $X^2$  es mayor o igual a 0.05 = 5.00%

4)Al aplicar la estadística de prueba se tiene:

$$X^2 = ((80-83)^2) / 83 = 0.1084 = 10.84\%$$

5) Decisión estadística: Dado que  $10.84\% > 5.00\%$ , se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

6) Conclusión:

La auditoría del control interno incide en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

#### 4.2.6. CONTRASTACION DE LA HIPOTESIS ESPECÍFICA NR 5

H1: El seguimiento de las recomendaciones del control interno influye en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

H0: El seguimiento de las recomendaciones del control interno NO influye en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

**TABLA DE FRECUENCIAS OBSERVADAS**

<b>Indicadores</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>total</b>
Seguimiento de las recomendaciones del control interno	80	20	100
Satisfacción de los usuarios	80	20	100
<b>Totales</b>	80	20	100

**TABLA DE FRECUENCIAS ESPERADAS**

<b>Indicadores</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>total</b>
Seguimiento de las recomendaciones del control interno	83	17	100
Satisfacción de los usuarios	83	17	100
<b>Totales</b>	83	17	100

Para probar la hipótesis se seguirá los siguientes pasos:

1) Suposiciones: La muestra es aleatoria simple y asciende a 100.

2) La estadística de prueba es:

$$\begin{aligned}
 X^2 &= \sum \frac{(\text{Observed frequencies} - \text{Expected frequencies})^2}{\text{Expected frequencies}} \\
 &= \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}
 \end{aligned}$$

3) Regla de decisión: Rechazar hipótesis nula si el valor de  $X^2$  es mayor o igual a 0.05 = 5.00%

4) Al aplicar la estadística de prueba se tiene:

$$\chi^2 = ((80-83)^2) / 83 = 0.1084 = 10.84\%$$

5) Decisión estadística: Dado que  $10.84\% > 5.00\%$ , se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

6) Conclusión:

El seguimiento de las recomendaciones del control interno influye en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### 5.1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

- 1) El 83% de los encuestados acepta que la información del control interno comprende a los recursos, actividades, procesos y demás aspectos de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana. Este resultado es similar al 84% presentado, aunque en otra dimensión espacial y temporal, por Castellar, E.; Vega V. y Ramírez, J. (2010). Evaluación del sistema de control interno en la E.S.E. Hospital Local San Jacinto Bolívar durante el primer semestre del año 2010. (Tesis de maestría). Universidad de Cartagena. Cartagena de Indias. Colombia. Ambos resultados son altos y favorecen el modelo de investigación desarrollado.

La información del control interno contiene datos de recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos; también datos de las actividades operativas, administrativas, logísticas, financieras y otras, asimismo datos sobre cada uno de los procesos de las actividades; todo lo cual es de mucha relevancia para la toma de decisiones para lograr la satisfacción de los usuarios.

- 2) El 83% de los encuestados acepta que la satisfacción de los usuarios es el grado de complacencia por los servicios médicos recibidos en los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana. Este resultado es similar al 85% presentado, aunque en otra dimensión espacial y temporal, por Del salto, E. (2014). Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012. (Tesis de maestría). Universidad Central del Ecuador. Quito. Ambos resultados son altos y favorecen el modelo de investigación desarrollado.

La satisfacción de los usuarios deviene en la generación de valor para estos Centros, especialmente si se considera que es común hablar en sentido contrario, por tanto el hecho de promover la satisfacción y hacer todos los esfuerzos para ello redundará en bien de este tipo de entidades de la cadena de prestación de servicios de salud.

## **VI. CONCLUSIONES**

### **6.1. CONCLUSIÓN GENERAL**

Al finalizar este trabajo se ha determinado que existe influencia de la información del control interno en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

### **6.2. CONCLUSIONES ESPECÍFICAS**

- 1) Al finalizar este trabajo se ha establecido que existe incidencia de la información de los recursos en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.
  
- 2) Al finalizar este trabajo se ha determinado que existe intervención de la información de las actividades en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.
  
- 3) Al finalizar este trabajo se ha establecido que existe influencia de la información de los procesos en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.
  
- 4) Al finalizar este trabajo se ha determinado que existe incidencia de la auditoría del control interno en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

- 5) Al finalizar este trabajo se ha establecido que existe influencia del seguimiento de las recomendaciones del control interno en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.

## **VII. RECOMENDACIONES**

### **7.1. RECOMENDACIÓN GENERAL**

Se recomienda a los directivos tener en cuenta que la información del control interno influye en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana. Por tanto, se debe tener en cuenta la información de los recursos, de las actividades como de los procesos; así como la auditoría del control interno y realizar el seguimiento de las recomendaciones.

### **7.2. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS**

- 1) Se recomienda a los directivos tener en cuenta que la información de los recursos incide en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana. Por tanto, dicha información debe ser sobre los recursos humanos o capital humano del Centro, como de los recursos materiales o la logística del Centro, también de los recursos financieros o de la tesorería del Centro e incluso los recursos tecnológicos de dicha entidad.
  
- 2) Se recomienda a los directivos tener en cuenta que la información de las actividades interviene en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana. Por tanto, se debe disponer de información de las actividades operativas, administrativas, logísticas, de tesorería, de personal y otras que serán de mucha utilidad en la gestión de los Centros.

- 3) Se recomienda a los directivos tener en cuenta que la información de los procesos influye en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana. Por tanto, se debe tener en cuenta la información de los procesos operativos, administrativos, logísticos, financieros, de personal y otros.
  
- 4) Se recomienda a los directivos tener en cuenta que la auditoría del control interno incide en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana. Por tanto, se debe planear, ejecutar e informar como parte de esta auditoría para mejorar el control interno institucional.
  
- 5) Se recomienda a los directivos tener en cuenta que el seguimiento de las recomendaciones del control interno influye en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana. Por tanto, se debe aceptar el seguimiento de las recomendaciones, porque las mismas ayudarán a mejorar la gestión y contribuir con la satisfacción de los usuarios de este tipo de entidades.

### VIII. REFERENCIAS

- Anónimo (29 de julio del 2018). *Conservación del medio ambiente*. Recuperado de:  
<https://concepto.de/conservacion-del-medio-ambiente/#ixzz5MfQwroPa>
- Bestraten, C. y Pujol, C. (2014). *Desarrollo sostenible*. Madrid: Editorial España.
- Blázquez, S. y Quezada, A. (2012). *Satisfacción de los usuarios hospitalizados en el servicio de medicina interna, con el cuidado de enfermería*. Universidad de Veracruz. México.  
Recuperado de  
[https://www.uv.mx/rm/num\\_antteriores/revmedica\\_vol14\\_num1/articulos/satisfaccion.pdf](https://www.uv.mx/rm/num_antteriores/revmedica_vol14_num1/articulos/satisfaccion.pdf)
- Bunge, M. (2016) *La investigación científica*. Buenos Aires: Ariel.
- Castellar, E.; Vega V. y Ramírez, J. (2010). *Evaluación del sistema de control interno en la E.S.E. Hospital Local San Jacinto Bolívar durante el primer semestre del año 2010*. (Tesis de maestría). Universidad de Cartagena. Cartagena de Indias. Colombia.  
Recuperado de: <file:///c:/users/emilio/downloads/documents/tesis.pdf>
- Certo, M. (2016). *Administración moderna*. Bogotá. Editorial Colombia.
- Chávez, V. (2010). *Sistema de información para el control, seguimiento y mantenimiento del equipamiento hospitalario*. (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma. Lima.  
Recuperado de: [file:///c:/users/emilio/downloads/documents/chavez\\_vh.pdf](file:///c:/users/emilio/downloads/documents/chavez_vh.pdf)
- Del salto, e. (2014). *Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012*. (Tesis de maestría). Universidad Central del Ecuador. Quito. Recuperado de:  
[www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4665/1/t-uce-0006-12.pdf](http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4665/1/t-uce-0006-12.pdf)
- Glosarios. Servidor-Alicante (10 de julio del 2018). *Control estadístico de procesos como generador de una cultura de la medición en las organizaciones de salud (IPS)*.  
Recuperado de: <https://glosarios.servidor-alicante.com/sistemas-control>

- Hamui, L.; Fuentes, R.; Aguirre, R. y Ramírez de la Roch, O. (2013). *Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de satisfacción con la atención médica*. (Propuesta profesional). Universidad Nacional Autónoma. México. Recuperado de: <http://www.facmed.unam.mx/bmnd/SatisfaccionAtencionMedica.pdf>
- Hernández, R. (2010). *Introducción a los sistemas de control: Conceptos, aplicaciones y simulación con Matlab*. México: Pearson Educación. Recuperado de: [lcr.uns.edu.ar/fcr/images/introduccion%20a%20los%20sistemas%20de%20control.pdf](http://lcr.uns.edu.ar/fcr/images/introduccion%20a%20los%20sistemas%20de%20control.pdf)
- Jara, E. (2009). *El control en el proceso administrativo*. Madrid: Wikispaces. Recuperado de: <https://njara.wikispaces.com/file/view/el+control+en+el+proceso+administrativo.pdf>
- Organización BVS (02 de julio del 2018). *Glosario de calidad en salud*. Recuperado de: [www.bvs.org.ar/pdf/calidadensalud.pdf](http://www.bvs.org.ar/pdf/calidadensalud.pdf)
- Paz, M. (2009). *El control interno y la gestión de las clínicas privadas de Lima Metropolitana*. (Tesis de maestría). Universidad de San Martín de Porres. Lima. Recuperado de: [http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/346/1/paz\\_cm.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/346/1/paz_cm.pdf)
- Pérez, J. y Merino, M. (2014). *Centro de salud*. Recuperado de: [https://es.wikipedia.org/wiki/centro\\_de\\_salud](https://es.wikipedia.org/wiki/centro_de_salud)
- Ramos, L. (2015). *Factores asociados al nivel de satisfacción sobre la calidad de atención del usuario externo Centro de Salud de Picsi, 2015*. (Tesis de maestría). Universidad de San Martín de Porres. Lima. Recuperado de: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>
- Redhead, R. (2015). *Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau Distrito de Chaclacayo*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Recuperado de:

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4806/redhead\\_gr.pdf;jsessionid=780794bceccc604139753e2edf49bcb8?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4806/redhead_gr.pdf;jsessionid=780794bceccc604139753e2edf49bcb8?sequence=1)

Revista Iberoamérica Social (01 de noviembre del 2017). *Problemas en la salud pública. Santiago de Chile*. Recuperado de: <https://iberoamericasocial.com/problemas-la-salud-publica/>

Sánchez, L. (2012). *Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social en Guadalupe, Nuevo León*. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México. Recuperado de: <file:///c:/users/emilio/downloads/documents/1080256485.pdf>

Sánchez, L. (2012). *Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social en Guadalupe, Nuevo León*. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma. Nuevo León, México. Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/3332/1/1080256485.pdf>

Sausa, M. (17 de febrero del 2018). *Ineficiencias del sector salud están afectando a millones de peruanos* (Informe). Lima. Recuperado de: <https://peru21.pe/peru/situacion-salud-peru-ineficiencias-sector-afectando-millones-peruanos-396225>

Tola, I. (2015). *Influencia de la gestión administrativa en los servicios de salud de los Hospitales III de Essalud de la Región Puno -2012*. (Tesis de maestría). Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. Recuperado de: <file:///c:/users/emilio/downloads/documents/p27-004.pdf>

Urure, I. (2007). *Satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería postoperatoria en el Servicio de Cirugía del Hospital Santa María del Socorro de Ica, 2006*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1345/urure\\_vi.pdf;jsessionid=6e63174a9c121a1a269264de180cd25e?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1345/urure_vi.pdf;jsessionid=6e63174a9c121a1a269264de180cd25e?sequence=1)

Vallaes, F. (2012). *Responsabilidad Social Universitaria*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Wikipedia (20 de julio del 2018). *Centro de salud*. Recuperado de:  
[https://es.wikipedia.org/wiki/centro\\_de\\_salud](https://es.wikipedia.org/wiki/centro_de_salud)

Zurita, A. (2016). *El rol del centro de salud en un sistema local de salud basado en la estrategia de atención primaria*. Recuperado de: [https://es.wikipedia.org/wiki/centro\\_de\\_salud](https://es.wikipedia.org/wiki/centro_de_salud)

## IX. ANEXOS

### ANEXO No. 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA “LA INFORMACIÓN DEL CONTROL INTERNO Y LA INFLUENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL DISTRITO EL AGUSTINO DE LIMA METROPOLITANA”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	MÉTODO
<p><b>PROBLEMA PRINCIPAL:</b></p> <p>¿Cómo influye la información del control interno en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana?</p> <p><b>PROBLEMAS SECUNDARIOS:</b></p> <p>1) ¿Cómo incide la información de los recursos en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana?</p> <p>2) ¿Cómo interviene la información de las actividades en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana?</p> <p>3) ¿Cómo influye la información de los procesos en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana?</p> <p>4) ¿Cómo incide la auditoría del control interno en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana?</p> <p>5) ¿Cómo influye el seguimiento de las recomendaciones del control interno en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar la influencia de la información del control interno en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>1) Establecer la incidencia de la información de los recursos en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.</p> <p>2) Determinar la intervención de la información de las actividades en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.</p> <p>3) Establecer la influencia de la información de los procesos en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.</p> <p>4) Determinar la incidencia de la auditoría del control interno en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.</p> <p>5) Establecer la influencia del seguimiento de las recomendaciones del control interno en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.</p>	<p><b>HIPÓTESIS PRINCIPAL</b></p> <p>La información del control interno influye en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.</p> <p><b>HIPÓTESIS SECUNDARIAS</b></p> <p>1) La información de los recursos incide en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.</p> <p>2) La información de las actividades interviene en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.</p> <p>3) La información de los procesos influye en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.</p> <p>4) La auditoría del control interno incide en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.</p> <p>5) El seguimiento de las recomendaciones del control interno influye en grado estadísticamente razonable en la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito el Agustino de Lima Metropolitana.</p>	<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b></p> <p><b>X.. INFORMACIÓN DEL CONTROL INTERNO</b></p> <p><b>DIMENSIONES:</b></p> <p>X.1. Información de los recursos</p> <p>X.2. Información de las actividades</p> <p>X.3. Información de los procesos</p> <p>X.4. Auditoría del control interno</p> <p>X.5. Seguimiento de las recomendaciones del control interno</p> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b></p> <p><b>Y. SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS</b></p> <p><b>DIMENSIONES:</b></p> <p>Y.1. Servicios de salud</p> <p>Y.2. Calidad humana en la prestación de servicios</p> <p>Y.3. Eficiencia de los servicios médicos</p> <p>Y.4. mejora continua de los servicios médicos</p> <p>Y.5. Competitividad de los servicios médicos.</p> <p><b>DIMENSIÓN ESPACIAL</b></p> <p><b>Z. CENTROS DE SALUD DEL DISTRITO EL AGUSTINO DE LIMA METROPOLITANA</b></p>	<p>Esta investigación es de tipo aplicada.</p> <p>La investigación es del nivel descriptivo-explicativo.</p> <p>En esta investigación se utilizaron los siguientes métodos: Descriptivo, Inductivo, Deductivo</p> <p>El diseño que se aplicó fue el no experimental.</p> <p>La población de la investigación estuvo conformada por 135 personas.</p> <p>La muestra estuvo conformada por 100 personas.</p> <p>Para definir el tamaño de la muestra se ha utilizado el método probabilístico.</p> <p>Las técnicas de recolección de datos que se utilizaron fueron las siguientes Encuestas; Toma de información y Análisis documental.</p> <p>Los instrumentos para la recolección de datos que se utilizaron fueron los siguientes cuestionarios, fichas bibliográficas y Guías de análisis.</p> <p>Se aplicó las siguientes técnicas de procesamiento de datos: Ordenamiento y clasificación; Registro manual; Proceso computarizado con Excel; Proceso computarizado con SPSS.</p> <p>Se aplicó las siguientes técnicas de análisis: Análisis documental; Indagación; Conciliación de datos; Tabulación de cuadros con cantidades y porcentajes; Comprensión de gráficos</p>

Fuente: Diseño propio.

## **ANEXO No. 2:**

### **INSTRUMENTO: ENCUESTA**

#### **INSTRUCCIONES GENERALES:**

Esta encuesta fue personal y anónima, estuvo dirigida a personal relacionado con los Centros De Salud Del Distrito El Agustino De Lima Metropolitana.

Se agradece la respuesta con la mayor transparencia y veracidad a las diversas preguntas del cuestionario, todo lo cual permitió tener un acercamiento científico a la realidad concreta de la información del control interno y la influencia en la satisfacción de los usuarios en los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana.

Para contestar considere lo siguiente:

1= Totalmente en desacuerdo

2= En Desacuerdo

3= Neutral

4= De acuerdo

5= Totalmente de acuerdo

**CUESTIONARIO DE ENCUESTA:**

**“LA INFORMACIÓN DEL CONTROL INTERNO Y LA INFLUENCIA EN LA  
SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL  
DISTRITO EL AGUSTINO DE LIMA METROPOLITANA”**

NR	PREGUNTA	1	2	3	4	5
	<b>VARIABLE INDEPENDIENTE:  INFORMACIÓN DEL CONTROL INTERNO</b>					
1	¿Considera usted que la información del control interno comprende a los recursos, actividades, procesos y demás aspectos de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana?					
	<b>INDICADOR:  INFORMACIÓN DE LOS RECURSOS</b>					
2	¿Estima usted que la información de los recursos comprende a los humanos, materiales, financieros y tecnológicos de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana?					
3	¿Considera usted que la información de los recursos facilitará la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana?					
	<b>INDICADOR:  INFORMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES</b>					

4	¿Estima usted que la información de las actividades comprende las médicas, operativas, administrativas y otras de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana?					
5	¿Considera usted que la información de las actividades facilita la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana					
	<b>INDICADOR: INFORMACIÓN DE LOS PROCESOS</b>					
6	¿Estima usted que la información de los procesos es de mucha utilidad para la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana?					
7	¿Considera usted que la información de los procesos se determina mediante acciones de control de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana?					
	<b>INDICADOR: AUDITORÍA DEL CONTROL INTERNO</b>					
8	¿Estima usted que la auditoría del control interno es el examen a la implementación y desarrollo del sistema de control interno de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana?					
9	¿Considera usted que la auditoría del control interno facilitará información relevante para la satisfacción de los					

	usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana?					
	<b>INDICADOR:</b>  <b>SEGUIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL CONTROL INTERNO</b>					
10	¿Estima usted que el seguimiento de las recomendaciones del control interno permitirá concretar efectivamente la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana?					
11	¿Considera usted que el control interno debe estar adecuadamente implementado y desarrollado para que ayude al logro de las metas y objetivos de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana?					
	<b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b>  <b>SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS</b>					
12	¿Estima usted que la satisfacción de los usuarios es el grado de complacencia por los servicios médicos recibidos en los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana?					
	<b>INDICADOR:</b>  <b>SERVICIOS DE SALUD</b>					

13	¿Considera usted que los servicios de salud deben prestarse en la mayor cantidad y calidad en los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana?					
14	¿Estima usted que los servicios de salud de calidad logran la satisfacción de los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana?					
	<b>INDICADOR:</b>  <b>CALIDAD HUMANA EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>					
15	¿Considera usted que la calidad humana es la generación de una forma autentica de buen trato para los usuarios de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana?					
16	¿Estima usted que los buenos servicios de salud tienen que complementarse con la calidad humana de los trabajadores de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana?					
	<b>INDICADOR:</b>  <b>EFICIENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>					
17	¿Considera usted que la eficiencia de los servicios comprende los costos racionales y la obtención del mayor					

	beneficio en los servicios médicos de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana?					
18	¿Estima usted que la eficiencia comprende la racionalización de los recursos para llevar a cabo las actividades de los servicios de salud de los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana?					
	<b>INDICADOR:</b>  <b>MEJORA CONTINUA DE LOS SERVICIOS DE SALUD.</b>					
19	¿Considera usted que la mejora continua comprende la creatividad en la prestación de los servicios de salud en los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana?					
20	¿Estima usted que la mejora continua comprende la permanente innovación en la prestación de servicios de salud en los Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana?					
	<b>INDICADOR:</b>  <b>COMPETITIVIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>					
21	¿Considera usted que la competitividad de los servicios de salud se refiere a la mayor calidad de dichos servicios de los					

	Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana?					
22	¿Estima usted que la competitividad de los servicios de salud se refiere a la imposición de unos Centros de Salud del Distrito El Agustino de Lima Metropolitana frente a otros del Distrito y de otros Distritos?					

**ANEXO No. 3:****VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR EL EXPERTO ACADÉMICO****DR. DOMINGO HERNÁNDEZ CELIS**

Después de revisado el instrumento de la Tesis denominada: “**LA INFORMACIÓN DEL CONTROL INTERNO Y LA INFLUENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL DISTRITO EL AGUSTINO DE LIMA METROPOLITANA**”, mi calificación sobre un estándar del 83%, es la siguiente:

<b>No.</b>	<b>PREGUNTA</b>	<b>55</b>	<b>65</b>	<b>75</b>	<b>85</b>	<b>95</b>	<b>100</b>
1	¿En qué porcentaje se logrará contrastar la hipótesis con este instrumento?						100
2	¿En qué porcentaje considera que las preguntas están referidas a las variables e indicadores de la investigación?						100
3	¿Qué porcentaje de las interrogantes planteadas son suficientes para lograr el objetivo general de la investigación?						100
4	¿En qué porcentaje, las preguntas son de fácil comprensión?						100
5	¿Qué porcentaje de preguntas siguen una secuencia lógica?						100
6	¿En qué porcentaje se obtendrán datos similares con esta prueba aplicándolo en otras muestras?						100

Dado que todas las preguntas del instrumento superan el parámetro del 83%.

El instrumento queda validado favorablemente por el experto académico indicado.

**ANEXO No. 04:****CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO CON EL ALFA DE CRONBACH****CONFIRMADA POR EL EXPERTO ACADÉMICO****DOCTOR DOMINGO HERNANDEZ CELIS**

Después de revisado el instrumento del Plan de tesis denominado: “**LA INFORMACIÓN DEL CONTROL INTERNO Y LA INFLUENCIA EN LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL DISTRITO EL AGUSTINO DE LIMA METROPOLITANA**”, debo indicar que dicho instrumento es factible de reproducción por otros investigadores.

Es decir, los resultados obtenidos con el instrumento en una determinada ocasión, bajo ciertas condiciones, serán similares si se volviera a medir las mismas variables en condiciones idénticas.

Este aspecto de la razonable exactitud con que el instrumento mide lo que se ha pretendido medir es lo que se denomina la confiabilidad del instrumento, la misma que se cumple con el instrumento de encuesta de este trabajo.

**DETERMINACIÓN DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD**

<b>VARIABLES</b>	<b>COEFICIENTE ALFA DE CRONBACH</b>	<b>NÚMERO DE ÍTEMS</b>
INFORMACIÓN DEL CONTROL INTERNO	91.20%	11
SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS	91.40%	11
<b>TOTAL</b>	<b>91.47%</b>	<b>22</b>

Estas son las conclusiones sobre el coeficiente confiabilidad:

- 1) Para la Variable independiente **INFORMACIÓN DEL CONTROL INTERNO** el valor del coeficiente es de 91.20%, lo que indica alta confiabilidad.
- 2) Para la variable dependiente **SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS** el valor del coeficiente es de 91.40%, lo que indica una alta confiabilidad.
- 3) El coeficiente Alfa de Cronbach para la ESCALA TOTAL es de 91.47%, lo cual indica una alta confiabilidad del instrumento.
- 4) Finalmente, la confiabilidad, tanto de la escala total, como de las dos variables en particular, presentan valores que hacen que el instrumento pueda ser útil para alcanzar los objetivos de la investigación.

**ANEXO 5:****DEFINICIÓN DE TÉRMINOS****TÉRMINOS DE INFORMACIÓN DEL CONTROL INTERNO**

Según Glosarios. Servidor-Alicante (10 de julio del 2018). Control estadístico de procesos como generador de una cultura de la medición en las organizaciones de salud (IPS):

**ALEATORIO:** Se dice de lo que depende de la suerte o el azar, en nuestro caso se entenderá como aquellas circunstancias que no permiten que un proceso tenga un orden determinado, es lo inesperado, lo imprevisto, expresiones sinónimo de “al azar” que en la vida corriente se refieren a lo que carece de método, regla o estructura o a procesos sin meta, dirección ni propósito definidos que, por lo tanto, parece obedecer a casualidades caprichosas, arbitrarias e imprevisibles.

**CONTROL ESTADÍSTICO DE PROCESOS:** Es una metodología utilizada para ajustar los procesos de producción y de servicios.

**CONTROL:** Se refiere al proceso que se emplea con el fin de cumplir con los indicadores y/o estándares. Consiste en observar y cuantificar el desempeño real, compararlo con algún estándar, y determinar si el desempeño observado es significativamente diferente del estándar. El control tiene la naturaleza de ser un proceso de un ciclo de retroalimentación.

**ESTADÍSTICA:** dependiendo del enfoque puede ser una ciencia, una disciplina, o unas técnicas, para nuestro caso la entenderemos como una, una ciencia con base matemática referente a la recolección, representación, análisis e interpretación de datos, que busca explicar condiciones regulares en fenómenos de tipo aleatorio, a un entorno mayor.

**FACTOR FACILITADOR (ES).** Es el proceso, práctica o método que facilita la implementación de una mejor práctica dentro de una organización en apoyo a la identificación y debido control de los “factores críticos de éxito” (FCE).

**FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO (FCE).** Determinaciones clave cuantitativas o cualitativas relacionadas con la eficacia, efectividad y eficiencia de una intervención y que se constituyen en elemento clave para que un proceso transite desde una etapa actual hacia uno de mejora sustantiva. También son factores, características o variables que inciden directamente sobre los niveles de satisfacción de nuestros usuarios.

**MEJORES PRÁCTICAS.** Calificativo de un nivel de desempeño superior en cualquiera de las áreas propias de la gestión y procesos de producción, como puede ser el liderazgo, gestión estratégica, desarrollo de estándares operacionales, métodos de trabajo, entre otros; y habitualmente relacionados.

**CONTROL ESTADÍSTICO DE PROCESOS COMO GENERADOR DE UNA CULTURA DE LA MEDICIÓN EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD (IPS):** Están relacionados a altos niveles de innovación que se han identificado y documentado por encima del desempeño promedio de la industria a la cual pertenece.

**PROCESO:** Es un conjunto o serie de acciones, actividades o eventos interrelacionadas (coordinados u organizados), de una manera sistemática que convierten unos insumos (inputs) en resultados (outputs), con un fin determinado. Los procesos consumen recursos y por tanto requieren de estándares que los hagan replicables y medibles. Los

procesos responden a sistemas de control que determinan su calidad, medida, costos y desempeño.

**PROCESO ESTADÍSTICO:** es una filosofía de la optimización referida a mejoras de proceso continuas, usando un mix de herramientas (estadísticas) para datos y análisis de los procesos y fabricación de inferencias sobre comportamiento de procesos y toma de decisiones.

## **TÉRMINOS DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS**

Según la Organización BVS (02 de julio del 2018). Glosario de calidad en salud:

**ACCESIBILIDAD:** Posibilidad de ser atendidos por los servicios. Hay por lo menos tres tipos: 1) material (distancia, transporte, horarios), 2) económicas (costos de viaje, de los honorarios) y 3) sociales o culturales (barreras por pautas culturales, del idioma, etc.)

**ACEPTABILIDAD:** Conformidad de pacientes y familiares con las expectativas que tenían sobre la atención médica solicitada y obtenida.

**ACHICAMIENTO ORGANIZACIONAL (Downsizing):** Es una de las estrategias que propone reducir los departamentos y la fuerza laboral adaptándolos a nuevos procesos, nuevos productos y nuevos clientes y/o a un ambiente más competitivo. En algunos casos, esa estrategia implica la subdivisión de la organización original en una serie de nuevas organizaciones de menor tamaño.

**ACREDITACIÓN:** Procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado que tiende a garantizar la calidad de acuerdo con estándares mínimos, básicos o, más elaborados y exigentes. Comenzó por iniciativa de organismos no gubernamentales (JCAHO en Canadá y EU; COMCAM, ITAES en Argentina).

**ALPHA:** Programa establecido por la International Society for Quality in Health Care para desarrollar internacionalmente la acreditación.

**ANÁLISIS DOCUMENTAL:** Utiliza la información cualitativa de documentos escritos, recopilada en normas, cartillas, programas, historias clínicas; leyes, dictámenes, informes, quejas registradas, juicios; discursos, declaraciones, mensajes, recortes periodísticos, folletos, etc., seleccionando los aspectos que interesan a las variables en estudio. Las técnicas son las de análisis documental, análisis del discurso, estudios legales, auditoría de historias clínicas; análisis comunicacional, entre las más frecuentes.

**ANÁLISIS DE CARTOGRAFÍA Y MAPEO DE EFECTORES:** Confecciona la lista y la ubicación en el mapa respectivo, de las distintas organizaciones vinculadas con el tema de evaluación, distinguiendo la dependencia y el tipo, así como sus áreas de responsabilidad, trabajo e influencia, pudiendo agregar toda otra información que resulte de importancia.

**ANÁLISIS DEL PROCESO Y RESULTADO:** Combinación de los enfoques de proceso y resultados para una misma condición o enfermedad específica. Proceso se

refiere a lo que hacen los médicos desde el punto de vista técnico y de interrelación con los pacientes. Resultados son las consecuencias de esa atención en la salud de los pacientes atendidos con alcances inmediatos o alejados.

**ATENCIÓN DE ENFERMERIA:** Conjunto de actividades y comportamientos que aseguran la mejor atención posible del paciente mediante el ejercicio profesional del personal de enfermería (licenciados, enfermeros, auxiliares).

**ANÁLISIS ESTADÍSTICO:** Recurre al uso de información general secundaria recogida mediante censos, registros y encuestas, en el campo demográfico, sanitario, educacional, económico, etc. La información puede ser también primaria, o sea recogida para los fines de un estudio específico, mediante formularios diseñados al efecto, según el requerimiento de los respectivos indicadores. Se utilizan las técnicas de análisis e interpretación de la estadística, la demografía y la epidemiología.

**ATENCIÓN MEDICA GERENCIADA:** Conjunto de actividades para gestionar contratos de riesgo, para la cobertura de los usuarios a través de una red de servicios de salud, con recursos financieros limitados. Es el modelo o estilo argentino del managed care.

**ATENCIÓN PRIMARIA:** Atención médica general o básica focalizada en los cuidados preventivos y en los tratamientos de problemas y enfermedades habituales. Acciones brindadas a los pacientes ambulatorios en el primer contacto.

**ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS):** La atención primaria de salud es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad"

**BENCHMARKING:** Es la técnica aplicada para encontrar y determinar los mejores estándares disponibles para cada una de las características de los productos y procesos rediseñados con base en la experiencia histórica de la organización o el desempeño de las mejores organizaciones en su clase.

**CALIDAD ROBUSTA:** Se trata de un término utilizado por G. Taguchi para referir la calidad del producto como resultado de la calidad del proceso. En otras palabras, la calidad aislada del producto puede ser el resultado de la suerte, como sería si un proceso de esterilización es imperfecto, pero, afortunadamente, debido a la baja prevalencia de bacterias patógenas en el ambiente tal falla no ocasiona complicaciones infecciosas para los pacientes quirúrgicos. Calidad Robusta en ese ejemplo, sería la ausencia de infecciones como resultado de un proceso de esterilización bien diseñado, bien operado y bien controlado.

**CASE MIX:** Conjunto de pacientes tratados en una institución y clasificados sobre la base de un sistema como GDR. Generalmente se establece basándose en la frecuencia relativa de varios tipos de pacientes atendidos por el proveedor en cuestión durante un tiempo dado y medido por factores como diagnóstico, severidad, utilización y

características del efector. Este índice expresa la complejidad relativa de los pacientes respecto a un patrón de comparación cuyo valor de complejidad media sería 1.

**CAPACIDAD RESOLUTIVA DE SISTEMAS LOCALES DE SALUD:** Medida en que los sistemas o redes de servicios de un área geográfica definida está resolviendo los problemas de salud más frecuentes de la población. La capacidad de respuesta se entiende como la potencialidad del sistema de absorber las necesidades de atención de salud de su población.

**CATEGORIZACIÓN:** Proceso de evaluación de los establecimientos asistenciales tendiente a su clasificación por complejidad o riesgo. También se utiliza para recursos humanos profesionales. Nivel de resolución de un establecimiento, determinado por la complejidad del mismo o por el nivel de riesgo que resuelve. Debe estar asociado a la habilitación y está determinado por la propia institución y evaluado por la autoridad competente.

**CERTIFICACIÓN:** Término usado habitualmente vinculado a los Recursos Humanos, constituyendo el aval dado al mismo por alguna Institución que avala que dicho profesional está capacitado en determinada especialidad o práctica.

**CONFIABILIDAD:** Es el grado de estabilidad que presenta un instrumento al obtener el mismo resultado en oportunidades repetidas bajo condiciones idénticas.

**CONQUEST 2.0:** Es una base de datos en red, con capacidad de crecimiento indefinido en la medida que grupos de expertos incluyan indicadores y procedimientos con relación

a patologías aún no abarcadas, o se convaliden nuevos procedimientos respecto de patologías ya analizadas.

**CONTROL DE SESGOS Y ERRORES ALEATORIOS:** En la apreciación crítica de lecturas científicas se refiere a la evaluación de la calidad de una investigación en cuanto a verificar que su diseño y producción haya impedido la generación de desvíos en los resultados como consecuencia de la presencia de sesgos (tendencia a publicar los resultados positivos, a pensar y desarrollar investigaciones cuyo objetivo es demostrar positivamente un hecho, etc.) y errores aleatorios (una asignación defectuosa de casos al interior de grupos experimentales puede incorporar sesgos positivos).

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Información técnica y formal brindada por los profesionales tratantes a los pacientes para tomar decisiones compartidas sobre procedimientos y terapéuticas que suponen un riesgo más alto que el habitual.

**COSTOS DE LA NO-CALIDAD:** Consiste en evaluar los costos incurridos por hacer mal la cosas mal Ejemplos: los costos de la infección hospitalaria, de internaciones innecesarias, de prácticas injustificadas, de estadías prolongadas.

**DEFECTO CERO:** Este concepto se encuentra asociado a la Mejora Continua de la Calidad y significa un esfuerzo concertado por disminuir continuamente la ocurrencia de defectos, buscando lograr la eliminación total de éstos, lo que, de hecho, probablemente no se obtendrá, en el sentido literal. Un término análogo a éste y que se usa en algunas industrias como en Motorola, es el Estándar Seis Sigma (Six Sigma Standard) o el logro de apenas 3,4 defectos por el millón de partes o piezas producidas.

**DIAGRAMA DE PARETO:** Tipo especial de diagrama de barras en el cual se arreglan las variables (siempre discretas y no continuas) en un orden decreciente de magnitud. La ventaja de este tipo de arreglo es el de destacar, al principio del gráfico, la variable más frecuente (por ejemplo: la causa principal de un problema). Otra ventaja es que se puede representar el valor acumulado de la suma de las variables.

**DIFERENCIA:** Expresión de los efectos de la diversidad y la desigualdad que se manifiesta en la esfera individual y que pueden constituir indicadores de incidencia acumulativa, como por ejemplo las medidas epidemiológicas de riesgo.

**DIVERSIDAD:** Variación de características, diferenciación sin dimensionalidad (como ejemplo, género, etnia, cultura, nacionalidad, generación), en la esfera colectiva o poblacional. La diversidad que configura problemas de investigación semiestructurados o no estructurados, puede tratarse en forma empírica a través de tipos o variables nominales.

**EFFECTIVIDAD:** Según Avedis Donabedian: conseguir mejoras en la salud mejorando el impacto de la morbilidad sobre una población definida. Consiste en la medición del grado en que una forma eficaz de intervención puede aplicarse o ponerse a disposición de todos los miembros de un grupo definido que podría resultar beneficiado.

**EFICACIA:** Es la capacidad de la ciencia y la tecnología para lograr un resultado favorable en casos individuales, con independencia de los recursos o insumos necesarios. Consiste en determinar objetivamente que una forma de intervención,

preventiva, diagnóstica, curativa o restaurativa; es más útil y beneficiosa que inútil o perjudicial para alcanzar la finalidad preconizada, o que es más eficaz que el tipo de intervención que reemplazará, o que en realidad es mejor que no hacer nada.

**EFICIENCIA:** Consiste en la medición del grado en que se puede alcanzar un nivel determinado de efectividad con un costo mínimo de personal, de recursos y fondos. Es la relación costo/ beneficio por la que se obtiene la mejor calidad al menor costo posible. Expresa los resultados finales obtenidos en relación con los costos en términos de dinero, recursos y tiempo.

**EL CICLO DE SHEWHART O CICLO DE MEJORA DE LA CALIDAD:** La herramienta fundamental de la Mejora de la Calidad es el Ciclo de Shewhart o Ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act) que preferimos traducir por Planifique, Experimente, Evalúe e Implemente. No obstante su sencillez conceptual, su originalidad reside en el hecho de que describe operaciones productivas o de servicio, que tienen siempre un conjunto de procesos que deben ser identificados, aislados y sometidos a una Planificación (P); a un replanteamiento; a ser experimentados (do, o D); a una evaluación (check o C) y a la implementación como operación de rutina (act o A). Debiéndose aplicar sistemáticamente a cada proceso.

**EMPODERAMIENTO (Empowerment):** Se trata de la transferencia efectiva del poder a las personas y equipos para que puedan cambiar procesos e implementar nuevas soluciones a los problemas encontrados en el rediseño de esos procesos.

**ENFOQUE CIENTÍFICO:** Se trata de un enfoque sistemático que atribuye mayor valor a los hechos antes que a las impresiones; poniendo más énfasis en los datos que en las opiniones o estimaciones. Incluye, habitualmente, el empleo metódico del tratamiento estadístico de la variabilidad.

**ENSAYO CLÍNICO:** Es una actividad de investigación que involucra una intervención en sujetos humanos para evaluar resultados en términos de eficacia y seguridad. El plazo manifiesta amplias variaciones: desde la primera vez que se usa en humanos sin ningún procedimiento de control hasta que se diseña y ejecuta rigurosamente un experimento que incluya el testeo y tratamiento de los controles así como la aleatorización.

**EPIDEMIA:** Incremento en el número de eventos ocurridos por encima de lo esperado en un período de tiempo y lugar determinado

**EPIDEMIOLOGÍA:** Ciencia y método de raciocinio inductivo que se utiliza en la investigación y solución de problemas de salud que conciernen a la comunidad.

**EQUIDAD:** Distribución de los recursos en función de las necesidades de los grupos. Equidad horizontal = recursos iguales a iguales necesidades, Equidad vertical = recursos diferentes a necesidades diferentes.

**ESTADIOS DE LAS ENFERMEDADES Staggering Concept:** Método de evaluación basado en medir los resultados esperados en función del momento en que se inicia la atención. Los estadios de gravedad son: 1) sin complicaciones o con problemas

mínimos, 2) problemas limitados a un órgano o sistema, 3) afección múltiple de órganos o sistemas y 4) grave con riesgo de muerte.

**ESPECIFICIDAD:** Capacidad de una prueba de diagnosticar ausencia de un problema cuando el problema no existe.

**ESTRATEGIA GANA, GANA (Win Win Strategy):** Se trata de una estrategia para el trabajo en equipo y la administración en general, involucrando la búsqueda de soluciones en las cuales todos los participantes obtienen ventajas, al contrario de las soluciones tradicionales cuando, si alguien gana, se espera que exista siempre otra parte o persona que esté perdiendo.

**ESTRATEGIA INDUSTRIAL DE GESTIÓN DE CALIDAD (IQMS):** El concepto de Estrategia Industrial de Gestión de Calidad es utilizado por algunos autores para cuestionar la adecuación del modelo Calidad Total/Mejora Continua de la Calidad a la realidad de la Gestión de Servicios de Salud.

**EXPOSICIÓN AL RIESGO:** Proximidad y/o contacto con la fuente de un agente nocivo o beneficioso de tal manera que pueda ocurrir la transmisión efectiva del agente.

**FLUJOGRAMA O FLOWCHART:** Representación visual de los procesos lógicos. Es una herramienta gráfica que revela los distintos puntos de vista con relación a un determinado proceso. Se analiza y grafica mediante un conjunto de símbolos todos los pasos del proceso observado.

**GARANTÍA DE LA CALIDAD [Quality Assessment (QA)]:** Es la versión de la Calidad donde la misma es observada desde afuera. La persona o grupo evalúa lo que otra persona o grupo ha producido. Es la forma clásica de encarar la calidad en los servicios de salud y bajo ese concepto se encuentran todos los tipos de comités de calidad hospitalaria (de historias clínicas, mortalidad, farmacia o medicamentos, de infecciones) y todas las actividades de auditoría médica (Organizaciones de revisión por pares y organizaciones de revisión de servicios profesionales (En EE.UU.: Peer Review Organizations ( PRO), Professional Services Review Organizations ( PSRO)

**GESTIÓN DE LA CALIDAD EN ENFERMERÍA:** Es un procedimiento llevado a cabo por las enfermeras para establecer, aplicar, controlar y evaluar los cuidados de enfermería que reciben los pacientes y orientar los recursos humanos y materiales disponibles hacia actividades tendientes a alcanzar estándares de atención reconocidos por el grupo profesional.

**GESTIÓN DE LA CALIDAD TOTAL [Total Quality Management (TQM)]:** Toma la esencia de sus conceptos del conjunto de ideas de W. Edwards Deming. La calidad para un determinado proceso es definida básicamente por todos los participantes: productores, usuarios, proveedores, y ocurre simultáneamente con la ejecución total del proceso. Aquí tiene el sentido de ser a lo largo y ancho de toda la organización, durante todo el ciclo productivo y no solamente al final del mismo.