

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA

SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD SOSTENIBLES

**ANÁLISIS DE LA CONTRIBUCIÓN DE LOS MODELOS
DE CONTROL INTERNO AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS
DE LA CONSULTA EXTERNA DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN DE LA CLÍNICA DE CORONADO
DURANTE EL AÑO DEL 2003**

Director de tesis:

Dr. Jorge Fonseca Renauld, MSc.

Estudiantes:

Lucrecia Cerdas Quesada

Hilda Oreamuno Ramos

Zeirith Rojas Cerna

2003

Tabla de contenido

RESUMEN 5

INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO 1 : MARCO CONTEXTUAL	12
1.1 Antecedentes:	12
1.1.1 Contexto internacional.....	12
1.1.2 Contexto nacional.....	14
1.1.3 Contexto local	17
1.1.4 Descripción del objeto de estudio	22
1.1.5 Modelo de la organización en estudio	24
1.2 Justificación	26
1.3 Delimitación y formulación del problema de investigación	29
1.3.1 Delimitación del problema.....	29
1.3.2 Definición del problema	29
1.3.3 Formulación del problema.....	29
1.4 Objetivos	30
1.4.1 Objetivo general.....	30
1.4.2 Objetivos específicos	30
CAPÍTULO 2 : MARCO TEÓRICO	31
2.1 Concepto de control	31
2.2 Tipos de control	32
2.3 El control según la teoría de sistemas	36
2.4 Modelo de control de riesgo	37
2.5 Toma de decisiones.....	40
2.6 Eficiencia de las decisiones.....	44
2.7 Planificación estratégica	45
CAPÍTULO 3 : DISEÑO METODOLÓGICO	48
3.1 Tipo de estudio:	48
3.2 Área de estudio:	48
3.3 Unidades de análisis, sujetos u objetos del estudio.....	48
3.4 Fuentes de información primaria y secundaria.....	49
3.5 Identificación, descripción y relación entre las variables.....	50
3.6 Operacionalización de las variables.....	53
3.7 Selección de técnicas e instrumentos.....	57
3.8 Plan de tabulación y análisis.....	58

3.8.1	Información requerida	58
3.8.2	Recolección y tabulación de la información.....	59
3.9	Resultados esperados	60
3.10	Alcance del estudio.....	60
3.11	Limitaciones del estudio.....	60
3.12	Cronograma	61
CAPÍTULO 4 : ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS		
62		
4.1	Análisis de los sistemas de control vigentes.....	62
4.1.1	Enfoque sistémico en los modelos de control.....	62
4.1.2	Utilidad del sistema de control para monitorear el logro de los objetivos.....	66
4.1.3	Capacidad de valoración de riesgo.....	68
4.1.4	Utilidad de la información para la toma de decisiones	71
4.2	Propuesta de un modelo de control integral para el primer nivel de atención de la Consulta Externa de la Clínica de Coronado ...	74
4.2.1	Objetivos del sistema de control.....	74
Objetivo general	74
Objetivos específicos.....		74
4.2.2	Estructura básica del modelo.....	74
4.2.3	Descripción del modelo de control	77
4.2.4	Indicadores.....	82
4.2.4.1	Indicadores de insumos	82
Humanos.....		82
Técnicos.....		87
Administrativos		94
4.2.4.2	Indicadores de proceso.....	98
Humanos.....		98
Técnicos.....		101
Administrativos		106
4.2.4.3	Indicadores de producto	111
Humanos.....		111
Técnicos.....		113
Administrativos		116
4.2.4.4	Indicadores de resultado.....	117
Humanos.....		117
Técnicos.....		118
Administrativos		143
4.2.4.5	Indicadores de impacto.....	144
Humanos.....		144
Técnicos.....		145
Administrativos		147

CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	148
5.1 CONCLUSIONES	148
5.2 RECOMENDACIONES	151
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	153
CONSULTADAS	153
REFERIDAS	155
ANEXOS 1: Instrumentos para la revisión de los reactivos de control	160
ANEXO 1.1: Control total de la calidad	160
ANEXO 1.2: Tabla de cotejo de objetivos estratégicos planificados versus objetivos logrados y sistema de control que los mide ...	179
ANEXO 1.3: Matrices para valoración de riesgo.....	181
ANEXO 1.4: Matrices para valorar existencia de estándar	192
ANEXO 1.5: Consolidado de los modelos analizados.....	202
ANEXO 2: Flujograma del Servicio	212
2.1 Subproceso de otorgamiento de citas	212
2.2 Subproceso de archivo.....	213
2.3 Subproceso de recepcionista	214
2.4 Subproceso de la preconsulta.....	215
2.5 Subproceso de atención médica	216
2.6 Subproceso de estadística	217

RESUMEN

El control sobre los recursos públicos obedece a razones de tipo político, jurídico, social, entre otras y está directamente relacionado con el equilibrio del poder, la verificación de los actos de los administradores, la obligación de rendir cuentas de los resultados de la gestión realizada, la eficiencia, la eficacia y la economicidad en el uso de los recursos.

En general, debido a la falta de mecanismos de control y de evaluación de la efectividad, entre otros, no se ha logrado que los esfuerzos en inversión social produzcan los resultados esperados.

En la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), se han desarrollado diferentes sistemas de Control de Gestión, con el objetivo de verificar la eficacia, eficiencia y la efectividad en áreas específicas.

El propósito del trabajo es el conocer si los mecanismos de control aplicados en el primer nivel de la consulta externa de la Clínica de Coronado permiten mejorar la eficiencia, eficacia e impacto de la gestión, así como su utilidad para detectar desviaciones antes de que ocurran.

En el capítulo 1 se presenta una revisión histórica sobre el control tanto en el ámbito internacional como nacional, concluyendo en la descripción de los sistemas de control utilizados en el primer nivel de la consulta externa de la Clínica de Coronado.

De ese modo, el problema se resume en el siguiente cuestionamiento: ¿Contribuyen los sistemas de control aplicados a la gestión de la Consulta Externa de la Clínica de Coronado en el primer nivel de atención, a brindar información con enfoque de riesgo, que permita a los directivos la toma de

decisiones, para el logro de la misión, visión y los objetivos contenidos en el Plan Estratégico?

El objetivo del estudio es "Analizar la contribución de los sistemas de control aplicados en el primer nivel de atención de la consulta externa de la Clínica de Coronado, su capacidad de medición del riesgo y la información aportada para la toma de decisiones, para la consecución de la misión, visión y los objetivos planteados en el Plan Estratégico de la Consulta Externa para el año 2003".

En el capítulo 2 se realiza una revisión conceptual del control desde la perspectiva sistémica, así como el control del riesgo, la toma de decisiones y la planificación estratégica.

El capítulo 3 contiene el diseño metodológico de la investigación, definiéndose como un estudio cuantitativo y la unidad de análisis son los módulos de control aplicados a la gestión del primer nivel de atención de la Consulta Externa de la Clínica de Coronado, durante el año 2003.

Se identificaron quince sistemas de control que son aplicados en el primer nivel de atención de la consulta externa de la Clínica de Coronado, los cuales son analizados bajo un modelo sistémico, se les reconoció los diferentes momentos del proceso como son insumos, proceso, productos, resultados, impacto y cada uno de estos fue analizado desde tres perspectivas diferentes: la humana, la técnica y la administrativa.

Se analizaron esos sistemas de control para conocer su capacidad de medición del riesgo y si la información aportada permite la toma de decisiones, para la consecución de la misión, visión y los objetivos planteados en el Plan Estratégico de la Consulta Externa para el año 2003.

El modelo de control del riesgo se utiliza con el fin de detectar los factores de riesgo de la Clínica, valora la magnitud y probabilidad de su ocurrencia a fin de controlar su aparición o minimizar sus efectos y lograr la consecución de los objetivos de la organización.

Se valora si los datos generados en los sistemas de control permiten la identificación y elección de un curso de acción para tratar un problema concreto o aprovechar una oportunidad, es decir, tomar una decisión que lleve a la consecución de la misión, visión y objetivos de la Clínica.

Los resultados permitieron hacer proposiciones para eliminar los sistemas de control que no producen las mejorías esperadas, así como modificar los sistemas que requieran de cambios y proponer nuevos sistemas que permitan mejorar la gestión.

En el capítulo 4, se presentan los resultados del análisis de los sistemas de control vigentes en la Clínica de Coronado respecto a su representatividad en cada una de las áreas en que se divide el modelo analítico con enfoque sistémico, también se presentan los hallazgos respecto a la capacidad de los sistemas de control para monitorear el desempeño de los objetivos del Plan Estratégico y la capacidad de medición de riesgo.

El análisis desde el enfoque sistémico concluye que la gran mayoría de sus indicadores (71,1%) se concentran en los componentes de productos (principalmente) y de resultados. En cuanto a la perspectiva, se encontró que dos terceras partes de los indicadores están ubicados en la técnica, siendo muy pobre la concentración en indicadores humanos y administrativos.

Un 47% de los sistemas analizados valoran la consecución de los objetivos estratégicos de la Unidad y un 53,4% tienen capacidad de valorar el riesgo.

El 69,2% de los indicadores cuenta con estándares que permiten la toma de decisiones.

En la segunda parte del capítulo 4 se presenta el diseño conceptual de un modelo sistémico de control desarrollado por los autores, el cual pretende obviar las debilidades identificadas en los sistemas vigentes y coadyuvar en el logro de los objetivos de la consulta externa del primer nivel de atención de la Clínica de Coronado.

En el capítulo 5 se exponen las conclusiones y recomendaciones, entre las cuales se identificaron 15 subsistemas de control, que están compuestos por 159 indicadores aplicados en el primer nivel de atención y específicamente a la Clínica de Coronado, siendo omisos en muchos de los aspectos que se supone, deben monitorear.

La distribución de los indicadores entre los diversos subsistemas es irregular, el 33% de los subsistemas contienen el 71% de los indicadores. El subsistema Compromiso de Gestión contiene el 28% de los indicadores.

La distribución de indicadores según componentes del sistema integral de control es errática, en el control de insumos se ubican un 15% de los indicadores, en el de control de proceso un 13%, en el de control de producto se ubican un 45%, en la de control de resultado un 25% y en el de control de impacto solamente hay 1 indicador lo que representa el 0,6%.

La concentración de indicadores según perspectivas (humana, técnica y administrativa) es de 61% técnica, 21% humana y 18%.

Sólo 7 de los 15 subsistemas de control analizados permiten valorar el logro de los objetivos estratégicos. El Subsistema de control del Compromiso de Gestión aporta al monitoreo de 6 de los 14 objetivos estratégicos, el subsistema de evaluación del Plan Anual Operativo y el Plan Anual Operativo contribuye al

monitoreo de 3 de los objetivos cada uno; 6 de los 14 objetivos estratégicos (42,9%) no son evaluados por ningún subsistema de control.

En cuanto la capacidad de valoración de riesgo de los subsistemas de control vigentes, se encontró que un 53% de los indicadores analizados, tienen capacidad de identificación y medición de diversos riesgos. El análisis puso en evidencia que los subsistemas de control más antiguos valoran el riesgo en un 62% de sus indicadores y los de reciente creación lo hacen en un 100%.

La capacidad de los indicadores de brindar información útil para la toma de decisiones mostró que un 69% de los indicadores cuentan con un estándar que posibilitaba la identificación y cuantificación de desviaciones, habilitando la posibilidad de tomar decisiones en forma oportuna.

Las conclusiones del estudio permiten recomendar la necesidad de desarrollar y consolidar un sistema integral de control que permita el monitoreo del quehacer de las entidades prestatarias de los servicios y recopilar, procesar y transferir la información necesaria para el seguimiento de las actividades desde el nivel central, el cual deberá contener indicadores de resultados e impacto.

Se invita a que futuras investigaciones estudien los costos que tienen los sistemas de control analizados, así como el costo del sistema propuesto, a fin de compararlos y propiciar los cambios consecuentes.

INTRODUCCIÓN

El gasto en el sector salud ha venido incrementándose en los últimos años¹, acompañado de un aumento en la demanda de servicios, originada en múltiples causas; entre las que se pueden señalar el envejecimiento de la población, un cambio epidemiológico al coexistir enfermedades infectocontagiosas con degenerativas y enfermedades emergentes, accidentes y violencia.

Aunado a lo anterior, se han gestado otros cambios en la sociedad, como son un mayor y mejor acceso a la información por parte de la población y la creación de la Sala Constitucional, que brinda a los habitantes de la Nación la posibilidad de exigir sus derechos de atención en salud y participación democrática, provocando un aumento en la demanda de los servicios de salud y en su complejidad e incrementando con ello, la dificultad en la gerencia de los mismos.

Para adecuar la gestión administrativa a estos nuevos requerimientos, en la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.), se han desarrollado diferentes sistemas de Control de Gestión, por parte de las direcciones de sede o gerencias, con el objetivo de controlar áreas específicas de su responsabilidad, los cuales se dirigen más al control de procesos que a la medición resultados; siendo con frecuencia carentes de un enfoque sistémico y no identifican, miden ni priorizan el riesgo.

¹ Gobierno de Costa Rica, Plan Nacional de Desarrollo; Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez; *Administración Pacheco de la Espriella 2002-2006*.

Estos sistemas de control no han considerado las necesidades de información de los gerentes locales, por lo que a este nivel se han tenido que desarrollar instrumentos para el control de la gestión del primer nivel de atención de la Consulta Externa.

Para lograr en la Consulta Externa de la Clínica de Coronado una gestión administrativa eficiente, eficaz y de gran impacto, se elaboró un Plan Estratégico para el año 2003, cuyos objetivos no han sido logrados en la medida esperada, ya que las herramientas de control utilizadas, no han permitido medir las variables de mayor riesgo en forma oportuna, imposibilitando realizar los ajustes necesarios para la consecución de la misión, la visión y los objetivos.

Este trabajo analiza los diferentes sistemas de control utilizados en la Consulta externa de la Clínica de Coronado en el primer nivel de atención, evalúa su utilidad para medir la consecución de los objetivos planteados en el Plan Estratégico de la Consulta Externa para el año 2003, identifica su capacidad de valorar el riesgo que detecta el sistema y si la información brindada por el sistema permite a los directivos la toma de decisiones en forma eficiente y eficaz. La investigación se realiza con base en los resultados del control ejercido durante el año 2003.

CAPÍTULO 1 : MARCO CONTEXTUAL

1.1 Antecedentes:

1.1.1 Contexto internacional

La evolución histórica del hombre enseña que éste ha tenido que sacrificar en alguna medida su individualidad para ser parte de una sociedad, en la cual por medio de la cooperación inicialmente y luego gracias a la dirección y conducción de algunos, ha logrado crear grandes obras.

La consecución de los logros dejó de ser una acción individual y pasó a una acción grupal, apareció la división del trabajo y la coordinación. Al respecto, Henry Mintzberg señala:

Toda actividad humana organizada –desde hacer, macetas hasta colocar a un hombre en la luna- hace que surjan dos requerimientos fundamentales opuestos: la división del trabajo en varias tareas que deben llevarse cabo y la coordinación de estas tareas para lograr la actividad.²

Esta división se muestra desde que los clásicos de la administración, Frederick Taylor y Henry Fayol, señalaron en sus postulados la división del trabajo e indicaron la importancia del control³, en sus modelos sobre administración.

² Figueroa R, Molina C; Organización y Gerencia Pública; San José; ICAP; 1989,p.18.

³ Paniagua C; Principales Escuelas del Pensamiento Administrativo; San José, Costa Rica; EUNED, 1981,

El control sobre los recursos públicos obedece a razones de tipo político, jurídico y social, entre otras, directamente relacionadas con el equilibrio del poder, la verificación de los actos de los administradores, la obligación de rendir cuentas de los resultados de la gestión realizada, la eficiencia, la eficacia y la economicidad en el uso de los recursos, etc.

Los enfoques de la administración, y con ella del control, se han modificado con el correr del tiempo, pudiéndose señalar sus albores en el antiguo Egipto, cuando ya se reconocía la necesidad de planear, organizar y controlar⁴. Más recientemente se diseñaron los enfoques clásicos, con gran énfasis en el control y luego surgieron en contraposición los modelos orientados al comportamiento humano que propician la participación obrera⁵. Más adelante se amplió la visión con el modelo sistémico y en la actualidad predominan los modelos de administración centrada en el cliente; pero en todos los tiempos se ha conferido gran importancia a la función de control.

En los últimos años, surge un modelo diferente de control basado en la idoneidad de la actividad gerencial, en el que se toman en cuenta nuevos elementos como por ejemplo, calidad total, justo a tiempo, mejora continua de la calidad, mantenimiento productivo total⁶.

⁴ Chiavenato I; *Introducción a la teoría de la administración*; México; McGraw-Hill, 2da edición; 1989.

⁵ Cutcher,J, Nitta,M, Otros; *Trabajo impulsado por el conocimiento*; México; Oxford University press; 2000.

⁶ Hernández , M; *A cerca de la definición de control de gestión*; [5campus.com].

Aún más recientemente se han desarrollado diferentes enfoques de control de la gestión tales como análisis del ciclo de vida⁷, la cadena de Valor, costeo basado en actividades, *target costing*, *benchmarking*⁸, evaluación del valor agregado (EVA), auditoría basada en el riesgo⁹, *balanced scorecard*¹⁰, entre otros, que buscan el logro de los objetivos de las empresas o servicios en forma eficiente.

1.1.2 Contexto nacional

En Costa Rica, en 1949 la Asamblea Nacional Constituyente decreta y sanciona la nueva Constitución Política de la República de Costa Rica. En el título XIII, Capítulo II se constituye la Contraloría General de la República y se le asigna la función de vigilar la hacienda pública.

La Ley 7428, Ley Orgánica de la Contraloría General de la República, señala a la Contraloría como ente auxiliar de la Asamblea Legislativa en el control superior de la hacienda pública y rector del sistema de fiscalización, tiene competencia facultativa sobre los entes públicos y los entes privados que son custodios de fondos y actividades públicas.

⁷ Porter Michael E; *Ventaja competitiva*. Compañía Editorial Continental México, 9na reimpresión; 1993.

⁸ Maecha C. Jairo; *Control integral de gestión*. [jmaecha@imal.com.co].1997

⁹ ISACA- audit. And control, Magazine

¹⁰ Dávila A; *Nuevas herramientas de control: el cuadro de mando integral*. Revista de antiguos alumnos. España, septiembre 1999.

Al ser la C.C.S.S. un ente público, está sujeta al control por parte de la Contraloría General de la República y al ejercer acciones en salud, le corresponde al Ministerio de Salud controlar su gestión, según lo indica el artículo 343 de la Ley General de Salud.

El Seguro de Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.), en el año 2001¹¹ tubo un gasto de 226.491 millones el cual se incrementó en un 17% en el año 2002¹². Este incremento del gasto ha sido en cifras absolutas y no como un aumento porcentual dentro de la composición del PIB, aún así, ha sido motivo de gran preocupación para la sostenibilidad del sistema de salud, dentro del proceso de reforma del sector.

La Defensoría de los Habitantes en su informe de labores del 2001 - 2002, señala que los esfuerzos en inversión social no han logrado los resultados esperados en lo que respecta a la superación de la pobreza, señala como razones, la focalización del gasto, la falta de equidad en la cobertura, el insuficiente gasto en áreas prioritarias, la escasa eficiencia y eficacia de los programas y la falta de mecanismos de control y evaluación de la efectividad. Asimismo, el informe anual del año 2001, de la Contraloría General de la República, coincide en señalar la falta de controles y políticas en la gestión pública.

Al igual que mucha otras instituciones públicas, la C.C.S.S. cuenta con una Auditoría Interna, la cual en el artículo 2 de su reglamento señala que es parte integrante del control interno de la misma y le corresponde la comprobación del cumplimiento, suficiencia, legalidad, eficiencia y eficacia de dicho sistema¹³.

¹¹ Caja Costarricense de Seguro Social; *Memoria Institucional 2001*; San José; Pág.71.

¹² Caja Costarricense de Seguro Social; *Anuario 2002, Programa de Servicios Médicos Seguro de salud, Dirección Financiero Contable, Departamento de Costos*; San José; Pág. 1.

¹³ Caja Costarricense de Seguro Social; *Reglamento de Auditoría Interna*, San José; Mayo 1997.

La C.C.S.S. ha realizado múltiples esfuerzos humanos y económicos para mejorar la gestión y el control en los servicios de salud y concretamente de la consulta externa, lo cual se evidencia en los diferentes programas de cómputo que han desarrollado e implementado, entre ellos se pueden citar¹⁴:

- Expediente electrónico (SEC 2000) que se utiliza en el Área de Salud de Chacarita, Santa Cruz y Cañas.
- Sistema de información de las áreas de salud de Goicoechea 1 y2, Moravia y Desamparados 3; el cual tiene entre otros los módulos de identificación de pacientes, administración de agendas médicas, ficha familiar, administración de incapacidades, pre y pos consulta, estadística, etc.
- El programa SINCO (Sistema de información de Coronado), ha sido desarrollado en nuestra clínica y cuenta con los módulos de inscripción de pacientes, citas de pacientes para consulta externa, rayos x, control de vacunas, atención primaria, citologías, incapacidades y estadística entre otros.
- El programa Medisys Clínicas, opera en las Clínica Carlos Durán, Dr. Marcial Fallas, Dr. Moreno Cañas y Dr. Clorito Picado, con los módulos de citas, incapacidades, citologías, referencia y contrarreferencia, pos consulta entre otras.

Las cooperativas que venden servicios a la C.C.S.S., también han desarrollado sus programas de cómputo, así como los hospitales Dr. Rafael Calderón Guardia, Dr. Max Peralta, Hospital México, Hospital Nacional de Niños, Hospital Dr. Raúl Blanco Cervantes y Centro Nacional de Rehabilitación.

También los esfuerzos Institucionales en torno al control, se han visualizado en la evaluación de los compromisos de gestión, con los cuales se mide el grado de éxito alcanzado por los proveedores, en cuanto la cantidad y calidad de la prestación de los servicios de salud y el logro de los objetivos y metas previamente definidos.

¹⁴ Caja Costarricense de Seguro Social; *Minuta de reunión No.2 de la Comisión de expediente de salud*; Subgerencia de Tecnología de Información; San José; 3 de septiembre del 2002.

El año 2001 se evaluaron un total de 125 centros distribuidos en 29 hospitales y 96 áreas de salud¹⁵. Este modelo de control ha servido para fomentar una cultura de rendición de cuentas promoviendo la eficiencia y la calidad en la gestión pública, así como una cultura de auto evaluación al interior de cada establecimiento.

La Dra. Maroto Arguello, en su tesis de maestría investigó la calidad de los servicios de neonatología en los hospitales del tercer nivel de la C.C.S.S., utilizando un modelo sistémico que incluye la perspectiva humana, técnica y administrativa que contempla los insumos, el proceso, los productos, los resultados y el impacto, concluyendo que no se identificó ningún modelo integral que permitiera evaluar la totalidad de los componentes y perspectivas, también señala que los modelos de control tradicional incluyen solo algunos elementos relacionados con procesos, producto y resultados, en términos de eficacia y eficiencia pero no es frecuente que incluyan el control de insumos e impacto, así como la perspectiva humana en cada uno de los componentes.¹⁶

1.1.3 Contexto local

La Clínica de Coronado al ser parte de la C.C.S.S., también es controlada por las organizaciones antes señaladas.

¹⁵ Caja Costarricense de Seguro Social; *Informe Nacional de Evaluación de Compromiso de Gestión Año 2001*; página WEB C.C.S.S.; [ccss.sa.cr].

¹⁶ Maroto A. Guadalupe. *Propuesta de un modelo integral para la evaluación de la calidad de los servicios de neonatología del tercer nivel de atención de la caja costarricense de Seguro Social*. Tesis de maestría en administración pública, Instituto Centro Americano de Administración Pública, San José, Costa Rica, diciembre 2002.

Dentro del proceso de la reforma del sector salud, La Asamblea Legislativa en noviembre de 1998 promulgó la Ley No. 7852 de Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la C.C.S.S., la que fue publicada en La Gaceta, el 24 de diciembre de 1998.

La potestad de control de los órganos desconcentrados, respecto a su propia actividad, se encuentra establecida en el artículo 14 del Reglamento a la Ley 7852 que indica:

"El titular de la unidad, órgano, Departamento y/o Dirección del Hospital, Clínica o Área de Salud, es el responsable de establecer, mantener y perfeccionar su sistema de control interno, entendido éste como el conjunto de normas que regulan el control dentro de la organización. Este control administrativo debe ser ejercido en forma previa, concurrente y posterior a las operaciones."

Durante este mismo año la Clínica de Coronado firmó su primer Compromiso de Gestión con la Dirección de Compra de Servicios de Salud, instancia dependiente de la Gerencia Administrativa. Ese primer compromiso contenía objetivos de tres tipos: de organización, de prestación y de calidad, por lo que su firma introdujo múltiples cambios en la gestión del centro, modificando y ampliando los controles. El nuevo modelo, también requirió cambios en los controles que ejercía el nivel central hacia la Clínica.

En el año 1999, se aprobó el reglamento de las Juntas de Salud, por parte de la Junta Directiva de la C.C.S.S. y se realizaron las primeras elecciones para nombrarlas. A ellas se encomendó, entre otras funciones, la de "fiscalizar el funcionamiento, la eficiencia y el cumplimiento de las normas aplicables al establecimiento de salud y velar por la ejecución correcta del presupuesto"¹⁷.

¹⁷ Caja Costarricense de Seguro Social; Reglamento de las Juntas de Salud, Capítulo IV, Art. IV; San José; 1999.

La Junta Directiva de la C.C.S.S., en el artículo 12 de la sesión No. 7472; celebrada el 24 de agosto del año 2000 otorgó "La autonomía y la máxima desconcentración en el marco de la C.C.S.S. y de la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la C.C.S.S. NO. 7852" al Área de Salud de Coronado.

Otras instancias dentro de la Institución también ejercen acciones de control sobre la gestión de la Clínica de Coronado, como son: la Junta Directiva, la Presidencia Ejecutiva, la Gerencia de División Médica, Administrativa, Financiera y de Operaciones, las cuales controlan entre otros, la atención brindada en el primer nivel de la consulta externa mediante los siguientes instrumentos:

- Sistema de control avance físico de metas: informe trimestral de producción y rendimiento con respecto a las metas definidas en el plan anual operativo, remitido a la Subgerencia Médica.**
- Evaluación de metas del plan anual operativo, del programa de atención integral de la salud: Informe semestral que mide el porcentaje de cumplimiento de metas por programas, el cual se remite a la Dirección de Planificación, que a su vez lo remite a Ministerio de Planificación y a la Contraloría General de la República.**
- Sistema para el informe de ejecución presupuestaria: Se elabora en forma mensual y se remite a la Dirección de Presupuesto y a la Subgerencia Médica.**
- El Sistema de Información Gerencial (SIG): Genera un informe mensual que relaciona los diferentes recursos de la unidad, generando rendimiento, producción y costos, es remitido a la Sección de Costos Hospitalarios y a la Subgerencia Médica.**
- Informe estadístico mensual: Informe mensual que incluye la producción y rendimiento de cada uno de los servicios brindados en la unidad, es remitido a la Dirección de Estadísticas de Servicios de Salud.**
- Control de discapacidades: Informe mensual de pacientes discapacitados, detectados de primera vez, es enviado al Centro Nacional de Minusválidos.**

- **Sistema de vigilancia epidemiológica:** Informe diario, mensual o semanal de enfermedades de reporte obligatorio según Decreto No. 30945-S del 27 de enero del 2003; Reglamento de Organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Informe remitido al Ministerio de Salud y a la Comisión Regional de Vigilancia Epidemiológica.
- **Control de inmunizaciones:** Informa las coberturas mensuales logradas según tipo de vacuna. Es enviado al Ministerio de Salud y a la Comisión Nacional de Inmunizaciones.
- **Sistema para el análisis de la mortalidad infantil:** Informe semestral, que recopila información sobre las muertes infantiles y su respectivo análisis. Es remitido a la Comisión Regional de Mortalidad Infantil.
- **Control de quejas:** Recopila y analiza las quejas de los usuarios. Se remite en forma mensual a la Superintendencia General de Servicios de Salud.
- **Encuesta satisfacción al usuario,** determinada mediante encuesta de opinión al usuario externo sobre la atención brindada; se envía en forma anual a la Superintendencia General de Servicios de Salud.
- **Sistema para la evaluación del desempeño:** Instrumento anual que evalúa el desempeño de los funcionarios y se remite a la Dirección Corporativa de Recursos Humanos.
- **Sistema de control de la calidad del expediente:** Evaluación anual realizada por la Dirección Técnica de Servicios de Salud sobre la conformación y calidad del expediente de salud.
- **Habilitación de los Servicios de Salud:** Verificación del cumplimiento de los protocolos de habilitación del Ministerio de Salud, por parte del ente rector local.
- **Sistema de control del compromiso de gestión:** indicadores de cobertura, concentración y calidad del programa de atención a las personas y el quehacer administrativo y financiero. Se evalúa en forma anual.

Los múltiples controles antes mencionados, podrían hacer pensar al lector que en el sistema existente de control, se dan condiciones adecuadas para lograr una toma de decisiones eficiente cuando los resultados se desvían de la meta esperada; así como la posibilidad de detectar en forma temprana las desviaciones que conllevan un mayor riesgo. Sin embargo esto sólo es verídico

en parte, ya que el enfoque, los instrumentos y los resultados no constituyen un verdadero apoyo a la gestión local, por haber sido concebidos para la fiscalización del nivel central.

El curso de Control que forma parte de los contenidos educativos de la Maestría en Administración de Servicios de Salud que imparte la Universidad Estatal a Distancia, nos permitió desarrollar un sistema de control con enfoque sistémico en el servicio de patología cervical, mostrándonos sus virtudes y motivándonos a investigar los diferentes sistemas de control aplicados al primer nivel de la consulta externa, bajo un enfoque sistémico.

Los gerentes de la clínica han percibido que los sistemas de control existentes no permiten detectar cuando los actos, tendencias, controversias, procedimientos o decisiones generan problemas técnicos, administrativos o legales que impiden el logro de los objetivos o su consecución tenga un mayor costo. También debe señalarse que se desconoce el costo que tiene este sistema de control, sin embargo, se tiene claridad de la existencia de un costo de oportunidad. Esta apreciación es concordante con lo señalado en el informe anual de la Contraloría General de la República del 2001 y el Informe de la Defensoría de los Habitantes del año 2001–2002.

1.1.4 Descripción del objeto de estudio

El Servicio de Consulta Externa de la Clínica de Coronado, en su primer nivel de atención, tiene un área de atracción que comprende el Cantón Vázquez de Coronado y los distritos de Ipís y Rancho Redondo de Goicoechea; con una población de 100,985 habitantes¹⁸. El I nivel de atención está compuesto por 16 EBAIS, cuatro de los cuáles están desconcentrados. Todos ellos están conformados por un médico, una auxiliar de enfermería, un asistente técnico de atención primaria y una recepcionista.

El servicio brinda atención integral a los siguientes grupos etáreos:

- Atención integral a los niños y niñas menores de 1 año.
- Atención integral a los niños y niñas de 1año a menores de 10 años.
- Atención integral a los adolescentes.
- Atención integral a la mujer.
- Atención integral al adulto.
- Atención integral al adulto mayor.

El total de consultas otorgadas en el Área de Salud de Coronado durante el año 2003 se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Consultas según grupo etáreo y sexo
Área de Salud de Coronado, 2003

Grupos de Edad	Total General			Primera vez			Subsecuentes		
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.
Total	201.783	67.211	134.572	60.742	22.783	37.959	141.041	44.428	96.613
De 0 a 9 años	47.316	24.480	22.836	14.558	7.513	7.045	32.758	16.967	15.791
De 10-19 años	26.592	9.472	17.120	10.189	4.029	6.160	16.403	5.443	10.960
De 20-64 años	108.354	26.030	82.324	31.840	9.666	22.174	76.514	16.364	60.150
De 65 años y más	19.521	7.229	12.292	4.155	1.575	2.580	15.366	5.654	9.712

Fuente: Sistema de información de Coronado

¹⁸ Población adscrita según compromiso de gestión del año 2003.

En el cuadro anterior se observa el total de consultas otorgadas en medicina general; para ubicarnos en el contexto nacional, se debe señalar que nuestra área de salud produjo mayor cantidad de consultas en comparación con cualquiera de los hospitales periféricos; también fue mayor si se compara con las consultas de la mayoría de los hospitales regionales. Al comparar con otras clínicas del área metropolitana, únicamente nos superan dos clínicas en producción¹⁹.

Cuadro 2. Concentración y cobertura según sexo y grupo etáreo del Área de Salud de Coronado, año 2003

Grupos de Edad	Concentración			Cobertura		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	3,3	3,0	3,5	60,1	50,6	80,6
De 0 a 9 años	3,3	3,3	3,2	91,0	81,8	79,9
De 10-19 años	2,6	2,4	2,8	51,2	40,2	62,4
De 20-64 años	3,4	2,7	3,7	63,7	40,3	85,3
De 65 años y más	4,7	4,6	4,8	96,8	84,8	106,0

Fuente: Sistema de información de Coronado

El cuadro anterior muestra una concentración de 3.3 consultas por paciente en el año 2003, con una mayor concentración en el grupo de 65 y más años de 4.7 consultas por paciente y es menor en el grupo de adolescentes que reciben solo 2.6 consultas por paciente. La cobertura general alcanza un 60.1% de la población, siguiendo un comportamiento similar al de la concentración.

En el siguiente cuadro, se muestran las consultas brindadas en los diferentes programas de atención integral contemplados en el Compromiso de Gestión del año 2003. Se incluye la población total y población blanco de cada programa para calcular los indicadores de cobertura y concentración.

¹⁹ Caja Costarricense de Seguro Social; *Anuario 2002, Programa Servicios Médicos*; San José, Costa Rica; 2003.

Cuadro 3. Población y producción de consultas, cobertura y concentración según programa de atención en la Consulta Externa del Área de Salud de Coronado, año 2003

Programa	Población			Consultas			Cobertura	Concentración
	Rango	Total	Blanco	Total	1ª vez	Control		
Prenatales	Menores de 20 años	5.747	356	2.234	376	1858	105,6	5,9
Prenatales	de 20 - 34 años	11.871	1.029	7.099	1087	6012	105,6	6,5
Prenatales	> de 35 años	7.427	178	866	188	678	105,6	4,6
Total Prenatales	Nacimientos x1.1	1.421	1.421	10.199	1.651	8.548	116,2	6,2
C y D. Capt.tempra	< de 28 días	1.421	1.421	1.688	1.268	420	89,2	1,3
C y D.	< 1 año	1.421	1.421	9.858	1.829	8.029	128,7	5,4
C y D.	1 a 6 años	10.580	10.580	27.831	8.555	19.276	80,9	3,3
PAP	Mujeres 15-19 años	4.729	4.729	436	422	14	8,9	1,0
PAP	Mujeres 20-34 años	11.871	11.871	2.403	2.334	69	19,7	1,0
PAP	Mujeres 35-64 años	14.115	14.115	5.484	5.329	155	37,8	1,0
PAP	Mujeres > 65 años	2.435	2.435	775	762	13	31,3	1,0
H.T.A. (10 %)	> 20 años	54.242	5.424	23.929	7.302	16.627	134,6	3,3
D.M. (5 %)	> 20 años	54.242	2.170	9.642	2.394	7.248	110,3	4,0
Adolescentes	De 10-19 años	19.890	19.890	26.563	10.424	16.139	52,4	2,5
Personas > 65 año	> 65 años	4.293	4.293	19.395	4.186	15.209	97,5	4,6

Fuente: Sistema de información de Coronado

La información anterior pone en evidencia una adecuada cobertura en los programas brindados en el primer nivel de atención, sin embargo, el logro ha sido alcanzado a pesar de no contar con un sistema de control que identifique oportunamente las desviaciones y que oriente al ajuste de las estrategias para el logro de los objetivos.

En el anexo 5 se presenta el flujograma del proceso de consulta ambulatoria para le cual se desarrollará el modelo de control.

1.1.5 Modelo de la organización en estudio

La Consulta externa del primer de atención de la Clínica de Coronado es analizada bajo el enfoque de sistemas, identificando los diferentes momentos del proceso como insumos, proceso, productos, resultados, impacto y retro alimentación.

Figura 1. Modelo para el diseño del sistema de control



1.2 Justificación

Como se indicó al inicio, la sociedad se ha transformado, hoy exige servicios de salud oportunos, eficientes, de alta calidad y tecnología. Los ciudadanos, en su acepción actual, se han convertido en "propietarios", analistas políticos y económicos de la Administración y exigen resultados; de no obtenerlos, cuestionan la Clínica, la C.C.S.S. y al mismo Gobierno²⁰, inclusive quitándole su apoyo.

La Reforma del Sector Salud promovió la desconcentración de hospitales y clínicas, con el fin de brindar las condiciones necesarias a los centros médicos para que mejoraran su eficiencia y eficacia. Paralelamente le asigna un presupuesto al centro médico como parte de un compromiso de gestión y la unidad se compromete a alcanzar unas metas.

Esta nueva realidad de relaciones entre la Clínica como ente desconcentrado y la C.C.S.S. la sitúa en un nuevo modelo de administración, denominado Nueva Gerencia Pública²¹, la cual busca incrementar la eficiencia y la eficacia de la administración pública, mediante la asignación de un presupuesto asociado a un programa y a unas metas, lo que permite controlar el gasto y medir los resultados. Este nuevo modelo de administración es promovido por el Banco Mundial²².

²⁰ Ramió Matas, C; Los problemas de la implantación de la nueva gestión pública en las administraciones públicas latinas: modelo de Estado y cultura institucional; Caracas, Venezuela; revista del CLAD, Reforma y Democracia. No. 21; Oct. 2001.

²¹ Arellano, D, Ramón, J, y otros; Nueva gerencia pública en acción: procesos de modernización presupuestal. Un análisis inicial en términos organizativos (Nueva Zelanda, Reino Unido, Australia y México); Caracas, Venezuela; revista del CLAD, Reforma y Democracia. No. 17; Junio 2000.

²² Ob.cit. Arellano, D; Ramón, J; y otros.

El propósito de este trabajo es el conocer si los mecanismos de control aplicados en al primer nivel de la consulta externa de la Clínica de Coronado permiten mejorar la eficiencia, eficacia e impacto de la gestión, así como su utilidad para detectar desviaciones antes de que ocurran.

Los resultados permitirán hacer proposiciones para eliminar los sistemas de control que no producen las mejorías esperadas, así como modificar los sistemas que requieran de cambios y proponer nuevos sistemas que permitan mejorar la gestión.

Bajo la perspectiva de calidad de Deming²³ se puede afirmar que todos estos cambios en el sistema de control que se generen, permitirán:

- una disminución en los desperdicios**
- un aumento en el impacto**
- un aumento en la producción**
- un aumento en la eficacia**
- un menor costo, con el consiguiente aumento de eficiencia en los procesos**
- un aumento en la demanda de servicios**
- y un aumento en el empleo.**

Todo lo anterior producirá una mayor satisfacción del cliente, mayor satisfacción del funcionario y por ende satisfacción del nivel gerencial local y nacional.

Demostrar que los procesos propuestos por el Banco Mundial son rentables abrirá un "escaparate" a la Clínica de Coronado, que permitirá promocionar su modelo, el cual podrá ser replicado en otras consultas externas.

²³ Deming E; El legado de Deming; videoteca, Encyclopaedia Británica Educational Corporation Referencia Deming.

También habrá satisfacción en las autoridades de Gobierno Central, al cumplirse con las expectativas del Plan Nacional de Desarrollo y un ambiente positivo para la implementación de nuevos proyectos con el Banco Mundial.

También debe señalarse que el enfoque de “Nueva gestión pública” o “Nueva gerencia pública” recién se empieza a revisar en Costa Rica y su análisis a la luz del sistema propuesto permitirá servir de base para nuevos estudios.

En lo que respecta al “Control con enfoque de riesgo” es totalmente nuevo en nuestro país y en la C.C.S.S.. La auditoría prepara sistemas para iniciar su aplicación en las unidades de la C.C.S.S., por lo que es la primera investigación en su tipo dentro de la Institución.

El estudio propuesto es viable, ya que se cuenta con la anuencia de las autoridades de la Clínica para desarrollarlo y la información existente permite la investigación. Es factible, dado que se cuenta con la disposición de tiempo para ejecutarlo y su desarrollo no requiere el aporte de presupuesto extraordinario.

1.3 Delimitación y formulación del problema de investigación

1.3.1 Delimitación del problema

El problema que se analiza es la idoneidad de los sistemas de control utilizados en la Consulta Externa de la Clínica de Coronado en su primer nivel de atención. Se valora la medición del enfoque de riesgo en el sistema de control y la utilidad de la información generada por esos sistemas para la toma de decisiones y el logro de la misión, visión y objetivos del Plan estratégico 2003 - 2008. El período a estudiar comprende el año 2003.

1.3.2 Definición del problema

En la Caja Costarricense de Seguro Social, se han desarrollado diferentes sistemas de Control de Gestión, con el objetivo de verificar el funcionamiento de áreas específicas, los cuales se dirigen más al control de procesos que a la medición de resultados y no han considerado las necesidades de información de los gerentes locales. Menos aún han enfocado la medición de riesgo y la utilidad de información para la toma de decisiones de los gerentes locales.

1.3.3 Formulación del problema

De ese modo, el problema se resume en el siguiente cuestionamiento: ¿Contribuyen los sistemas de control aplicados a la gestión de la Consulta Externa de la Clínica de Coronado en el primer nivel de atención, a brindar información con enfoque de riesgo, que permita a los directivos la toma de decisiones, para el logro de la misión, visión y los objetivos contenidos en el Plan Estratégico?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Analizar la contribución de los sistemas de control aplicados en el primer nivel de atención de la consulta externa de la Clínica de Coronado, su capacidad de medición del riesgo y la información aportada para la toma de decisiones, para la consecución de la misión, visión y los objetivos planteados en el Plan Estratégico de la Consulta Externa para el año 2003.

1.4.2 Objetivos específicos

- Verificar la distribución de los indicadores de los modelos de control utilizados en el primer nivel de atención de la consulta externa, en los diversos componentes del enfoque sistémico del control de gestión.**
- Determinar si los sistemas de control utilizados en el primer nivel de atención de la consulta externa coadyuvan a la consecución de los objetivos estratégicos.**
- Analizar la capacidad de medición del riesgo de los sistemas de control utilizados en el primer nivel de atención de la consulta externa.**
- Determinar si los sistemas de control utilizados en el primer nivel de atención de la consulta externa brindan información que permita la toma de decisiones.**
- Proponer un sistema conceptual de control integral en el primer nivel de atención de la consulta externa, con enfoque de riesgo, que brinde información para la toma de decisiones y la consecución de la misión, visión y los objetivos estratégicos.**

CAPÍTULO 2 : MARCO TEÓRICO

2.1 Concepto de control

El control es, sin lugar a dudas un componente de gran utilidad para la gestión de los programas y proyectos, porque permite:

...1. valorar la eficacia de un programa en funcionamiento, en alcanzar sus objetivos, 2. se basa en los principios del diseño investigativo para distinguir los efectos de un programa de aquellos de otras fuerzas operando en una situación determinada, y 3. se dirige a modificar el programa a través de las modificaciones en las operaciones corrientes.²⁴

Desde una perspectiva más amplia, Rossi y Freeman²⁵, indican que consiste en "La aplicación sistemática de procedimientos de investigación social para valorar la conceptualización y diseño, implementación y utilidad, de los programas de intervención social".

A partir de todos los elementos anteriores, se conceptualizará control como un componente de la teoría y la actividad gerencial que se ocupa de obtener información útil para determinar las cualidades de la gestión y sus productos en relación con estándares o modelos preelaborados, para explicar los fenómenos que se observan y para diseñar medidas correctivas que permitan un diseño, operación y resultados eficaces, eficientes y efectivos.²⁶

²⁴ Wholey, J. S., et al. Federal Evaluation Policy: Analysing the Effects of Public Programs. Washington, D. C.: Urban Institute. 1995. p. 23

²⁵ Rossi, P. H. y Freeman, H. E. Evaluación: un enfoque sistémico para programas sociales. México, Trillas. 1989. pp. 19-20.

²⁶ Fonseca Renauld, Jorge. El control en las instituciones públicas. Inédito. 2003.

2.2 Tipos de control

El control puede ser clasificado de varias formas, si se hace de acuerdo al sujeto que lo ejecuta, se le denomina control interno o control externo²⁷. El control interno es fundamental porque permite la toma de decisiones oportuna y proporciona una garantía razonable a la administración de que se cumplan los objetivos establecidos, al disminuir el riesgo de la ocurrencia de eventos no deseados. Dada esta importancia y en vista de que el control interno no es único sino que está formado por el conjunto de sistemas de control implantados en las entidades y órganos, se hace necesaria la emisión de normativa con el objeto de uniformar criterios, brindar un marco de referencia para mejorarlo y posibilitar la integración de los esfuerzos fiscalizadores.

La Contraloría General de la República ha señalado que la responsabilidad del control interno²⁸ corresponde específicamente al titular o máxima autoridad de las unidades y es el responsable de establecer, mantener y perfeccionar su propio sistema de control interno, con respecto a cada área administrativa o de operación. Indica que un adecuado sistema de control interno debe permitir que la información fluya adecuadamente en lo interno y a lo externo de la entidad y de arriba hacia abajo y viceversa, de forma que haya una efectiva comunicación de los acuerdos hacia los responsables de ponerlos en ejecución y de éstos una fluida comunicación hacia quienes tienen el deber de controlar su puesta en práctica.

²⁷ Contraloría General de la República, dirección, *Documentos control interno*, Extracto del Oficio N° 11300 de 17 de setiembre de 1996.

²⁸ Contraloría General de la República, documentos, *Responsabilidad de evaluar el sistema de control interno*, Extracto del Oficio N° 05425 de 11 de mayo de 1994.

El informe COSO²⁹ define al control interno como:

El control interno es un proceso que lleva a cabo el Consejo de Administración, la dirección y los demás miembros de una entidad, con el objeto de proporcionar un grado razonable de confianza en la consecución de objetivos en los siguientes ámbitos o categorías:

- *Eficacia y eficiencia de las operaciones*
- *Fiabilidad de la información financiera*
- *Cumplimiento de las leyes y normas aplicables.*

El informe continúa aclarando los conceptos fundamentales:

"El control interno es un proceso, es un conjunto de acciones estructuradas y coordinadas dirigidas a la consecución de un fin, no es un fin en sí mismo. El control interno lo llevan a cabo las personas. No se trata solamente de manuales de políticas e impresos, sino de personas en cada nivel de la organización. El control interno sólo puede aportar un grado razonable de seguridad, no la seguridad total, a la dirección y al Consejo de Administración de la entidad. El control interno está pensado para facilitar la consecución de objetivos en uno o más ámbitos independientes, pero con elementos comunes".

El mismo informe enumera los cinco componentes del control interno, los cuales se derivan del estilo de dirección del negocio y están integrados en la gestión:

- El entorno del control: constituye la base del control, está constituido por la integridad y ética de sus funcionarios, la competencia de los mismos, la responsabilidad del Consejo de Administración por el control, el estilo y filosofía gerencial, la estructura organizacional, la delegación de poderes y responsabilidades y las políticas y prácticas de recursos humanos.
- Evaluación de riesgos, señala que toda entidad tiene que hacer frente a riesgos de la más diversa índole, los que pueden afectar la actividad de la empresa.

²⁹ Informe COSO, [<http://campus.uvab.es/~2082564/control.htm>].

- **Las actividades de control:** son las que junto con actividades de la gestión evitarán que el riesgo ocurra.
- **Información y comunicación:** identifica la información relevante, dispone de mecanismos para recogerla y comunicarla en forma oportuna.
- **Supervisión:** asegura que el sistema funcione adecuadamente y se adapte a las necesidades, cambios y circunstancias.

Señala Walton que existen dos estrategias para dirigir la fuerza laboral, según sea la persona que ejecuta el control, una basada en imponer el control y la otra basada en obtener el compromiso³⁰.

Indica que el control parte de la definición práctica de los puestos de trabajo, como normas aceptables de rendimiento, se sustentan en el supuesto de que existe un "mínimo común denominador" de las habilidades, destrezas y motivación de los trabajadores y para vigilar y controlar este supuesto, la administración organiza sus propias responsabilidades en una estructura jerárquica de autoridad que ejecuta el control, sin considerar la opinión del trabajador.

En contraposición, la estrategia de "compromiso" parte de una activa participación de los trabajadores, a partir de brindar más información a los empleados acerca del negocio, una disminución de la estructura jerárquica, una pirámide organizativa más plana, aumentar los tramos de control de los gerentes, integrar actividades de calidad y producción en los niveles organizacionales más bajos, combinar operaciones de producción y mantenimiento, puestos diseñados en forma más amplia para combinar planificación y ejecución y para incluir esfuerzos encaminados a mejorar las operaciones y no simplemente a mantenerlas, y abrir nuevas posibilidades de superación a los trabajadores. Las unidades responsables del rendimiento son los equipos y no los individuos. La influencia en los trabajadores se da más por

³⁰ Bower, J; Oficio y arte de la gerencia; Vol II, Escuela de Administración de Empresas de Harvard; Editorial Norma; 1995.

la pericia que por la posición formal. La razón fundamental de esta filosofía de administración, es incorporar una declaración pública que reconoce las pretensiones legítimas de todos los interesados: propietarios, empleados, clientes y público.

Según el tiempo de ejecución del acto de control, el artículo 14 del Reglamento a la Ley 7852 de Desconcentración indica que *“Este control administrativo debe ser ejercido en forma previa, concurrente y posterior a la operación.”*

Por su parte, Fonseca³¹ señala que el control ex-ante se refiere al análisis de viabilidad de un programa o proyecto que se realiza durante su planificación; la evaluación concurrente se efectúa durante la ejecución del mismo y la evaluación ex-post se ejecuta una vez concluido el programa o proyecto.

Desde un enfoque de sistemas se distinguen tres tipos de control: estratégico, de gestión y operativo³².

El control estratégico basado en la planificación estratégica, enmarcado en el largo plazo y que centra su atención en los procesos de adaptación de la empresa en el entorno (objetivos, estrategias, políticas).

El control de gestión, orientado a implementar la estrategia, basado en la planificación y control con un horizonte anual (mediano plazo) y enfocado, desde una perspectiva integral de la organización, a que cada servicio logre sus objetivos con eficiencia.

³¹ Fonseca, R; *El proceso de control en las instituciones públicas*; Antología del Curso de Control de Gestión, UNED, marzo 2001.

³² Freije, A, Rodríguez, S; *Control de gestión*; Ed. IEESA, Madrid 1993.

El control operativo, basado en la planificación operativa, está orientado al día a día (corto plazo) e intenta asegurar las tareas específicas de cada puesto adecuadamente. Todos los autores reconocen la interrelación de estos tres tipos de controles.

Otro modelo de control utiliza el objeto sometido a estudio para realizar la clasificación, así como ejemplo se tiene el control de las finanzas que pretende conocer la realidad financiera, el control informático aplicado a los sistemas informáticos y evalúa su operación y eficiencia según normas establecidas; el control de gestión que evalúa la dirección con el fin de conocer la eficacia, la eficiencia, la economicidad y el cumplimiento de normas establecidas³³.

2.3 El control según la teoría de sistemas

Por su parte, Fonseca³⁴ propone un modelo conceptual sistémico de control, fundamentado en la teoría de sistemas para ser aplicado en los servicios de salud, con el propósito de comprender mejor las relaciones y composición que se da entre los elementos del sistema. Bajo este enfoque, el sistema propone el control de los insumos, procesos, productos, resultados e impacto, con el fin de generar información que permita la toma de decisiones para lograr un impacto positivo en la sociedad.

La información es enfocada desde la perspectiva sistémica, contraria al modelo reduccionista que trataba los problemas partiéndolos en tamaños más pequeños, separándolos de sus entornos y reduciéndolos tanto como era posible

³³Ob.cit; Informe COSO.

³⁴ Fonseca J; *El proceso de control en las Instituciones públicas*, Antología del Curso control de Gestión; San José; UNED; Marzo 2001.

a cadenas causales lineales, simples³⁵. La perspectiva sistémica intenta hacer lo opuesto, enfocar la información incluyendo todas las relaciones significativas.

Comprender el todo requiere conocer el propósito del sistema y cómo interactúan sus partes para alcanzar ese propósito, lo que se alcanza con la información sistémica.

El modelo sistémico de control valora los componentes de insumos, procesos, productos, resultados e impacto y a cada uno de estos los analiza desde tres perspectivas diferentes: la humana, la técnica y la administrativa. El contemplar todos los momentos del proceso y valorar los medios, le vale el calificativo de sistémico.

Bajo los modelos señalados, se puede concluir que todas las actividades pueden ser controladas, sin embargo, dada la dificultad técnica, operacional y su alto costo, no es posible controlarlas en forma continua. Por lo anterior, se requiere priorizar las acciones de control a fin de simplificar el proceso, disminuir el costo y facilitar su operacionalización, pero asegurando que permita contar con información para la toma de decisiones que apoyen el logro de la misión, visión y los objetivos estratégicos.

2.4 Modelo de control de riesgo

El modelo de control del riesgo es un instrumento que se utiliza con el fin de detectar los factores de riesgo de la empresa, valora la magnitud y probabilidad de su ocurrencia a fin de controlar su aparición o minimizar sus efectos y lograr la consecución de los objetivos de la organización.

³⁵ Zurro, M; *Atención Primaria 4.0*; CD ROM; Harcourt Brace de España S.A; 1999.

En los sistemas de salud se ha utilizado el enfoque de riesgo bajo la perspectiva epidemiológica, en donde analiza el peligro que corre un individuo promedio entre los expuestos a un evento, si se relaciona con el riesgo de un individuo promedio no expuesto³⁶, se conoce como riesgo relativo (RR) y tiene propósito predictivo. El método también permite medir el riesgo diferencial (RD), el cual, indica: "cuantas personas es posible salvar si se brinda la cobertura al grupo que no la tiene, siempre y cuando la asociación no se deba a otro factor que no se haya tenido en cuenta"³⁷. Este término, es utilizado por otros autores como riesgo atribuible o fracción prevenible.

El enfoque de riesgo epidemiológico señala que es difícil encontrar un factor de riesgo aislado, generalmente se presentan varios factores juntos, esta interrelación de factores es lo que permite caracterizar a las poblaciones en bolsones de riesgo³⁸.

En la Clínica de Coronado los estudios de riesgo epidemiológico se han orientado hacia el proceso salud enfermedad y no se han utilizado para identificar, analizar y valorar el riesgo de incumplir los objetivos de la organización y fortalecer el sistema de control.

Los riesgos son consecuencia de factores internos de la organización o de factores externos a la misma³⁹, como ejemplo se pueden citar:

Factores externos:

- Inversión social, la tendencia de los últimos años permite entrever una disminución o estancamiento de la inversión social⁴⁰.

³⁶ Andersson N; *La estimación del riesgo*; El CIET informa; 1990.

³⁷ Ob. Cit; *Prioridades de Salud*; Pág.1.

³⁸ Ob. Cit; *Prioridades de Salud*; Pág.2.

³⁹ Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission; *Los nuevos conceptos del control interno (Informe COSO)*; Cooper & Lybrand; Ed. Díaz de Santos; 1997.

- El crecimiento poblacional del área de atracción ha crecido en mayor proporción que el resto del país.⁴¹
- Avance tecnológico, puede afectar el desempeño de la organización.
- Expectativas de los clientes son cambiantes, requieren nuevos productos o servicios, demandan menores precios y exigen una mayor calidad.
- La competencia puede provocar cambios en el mercado.
- Nuevas normas o reglamentos obligan a cambiar políticas y estrategias de la empresa.
- Desastres naturales.
- Cambios económicos, generan cambios en financiación, inversión y desarrollo.

Factores internos:

- Aplicación de la Ley No. 7852 Desconcentración de Hospitales y Clínicas, situación jurídica es catalogada como peligrosa, ya que no existe una definición homogénea de las potestades de los diferentes niveles⁴².
- Capacidad instalada insuficiente⁴³.
- Fallas de los sistemas informáticos.
- Calidad de los empleados, formación, motivación.
- Cambios de responsabilidad de directivos pueden modificar controles.
- Naturaleza de las actividades de la entidad, posibilidad de maltrato o daño del paciente.
- Control débil o ineficaz.

Este modelo brinda información estructurada con enfoque de riesgo, sobre los factores antes mencionados que permiten la toma de decisiones eficiente y oportuna.

⁴⁰ Clínica de Coronado; *Plan Estratégico 2003-2007*.

⁴¹ Ob. Cit; *Plan Estratégico 2003-2007*.

⁴² Ob.cit; *Plan Estratégico 2003-2007*.

⁴³ Ob.cit; *Plan Estratégico 2003-2007*.

2.5 Toma de decisiones

La decisión se define como la identificación y elección de un curso de acción para tratar un problema concreto o aprovechar una oportunidad⁴⁴, es la conclusión de un proceso de análisis por parte de la persona que decide.

La teoría estadística de las decisiones se puede dividir en dos campos: "la toma de decisiones individuales y la toma de decisiones en grupo"⁴⁵.

La toma de decisiones de acuerdo a los posibles resultados puede ser dividida en toma de decisiones en condiciones de certidumbre, cuando cada de las alternativas de decisión nos lleva a un resultado conocido; la decisión es en condiciones de riesgo cuando los cursos de acción conducen a una serie de posibles resultados con probabilidades conocidas y la decisión es en situación de incertidumbre cuando cada una de las alternativas de solución nos llevan a resultados totalmente desconocidos o carentes de sentido⁴⁶.

Dado que los recursos son escasos, se requiere definir los objetivos de la organización, para lo cual se deben tomar decisiones sobre una serie de situaciones complejas, algunas de las cuales podrían ser decisiones de certidumbre, otras de riesgo y en algún momento de incertidumbre.

Existen una serie de elementos a considerar para la toma de decisiones; debe tenerse en cuenta que no todos los factores que inciden sobre la decisión los puede controlar el decisor, los que son denominados "estados de la naturaleza"⁴⁷; así mismo debe tenerse en cuenta que la persona que toma la

⁴⁴ Stoner Freeman y Gilbert; *Las decisiones y los objetivos de la empresa*, [<http://www.uv.es/omt/OMT02-03T4Tr.PDF>]; 1996.

⁴⁵ Rheault J.P: *Introducción a la teoría de las decisiones*; Ed. Limusa; México; Pág. 19; 1982.

⁴⁶ Ob.cit; *Introducción a la teoría de las decisiones*.

⁴⁷ Ob.cit; *Introducción a la teoría de las decisiones*.

decisión tiene sus propios objetivos, los que pueden no coincidir con los de la organización; además, deben identificarse los estados de la naturaleza que tiene el problema; hay diferentes alternativas de solución y cada una tiene sus consecuencias; por lo general el decisor no conoce todos los elementos del problema, ni todos sus estados de la naturaleza así como sus posibles consecuencias⁴⁸.

La toma de decisiones gerencial señala que una de las claves para que la decisión sea eficiente y oportuna es la existencia de información veraz, suficiente y oportuna, tanto interna como externa⁴⁹. Peter Drucker señala que la toma de decisiones tiene cinco fases distintas: "La definición del problema, el análisis del problema, la búsqueda de soluciones alternativas, la decisión respecto a cuál es la mejor decisión y la conversión de la decisión en acción efectiva"⁵⁰. Una de las tareas más cruciales de todo el proceso de toma de decisiones es asegurarse que las decisiones a las cuales se ha llegado en diferentes áreas y en diferentes niveles gerenciales sean compatibles entre sí y acordes con las metas de la empresa.

Dependiendo de las situaciones que se analicen, se requerirán diferentes herramientas de análisis, entre ellas se señalan: diagrama de flujo, la hoja de inspección, el diagrama de Pareto, el diagrama de causa y efecto, el histograma, el diagrama de dispersión y gráfico de control⁵¹. El estudio de estos diagramas, permite detectar vacíos que son fuentes potenciales de problemas, por lo que se hará una pequeña reseña de cada uno de ellos.

⁴⁸ Ob.cit; *Introducción a la teoría de las decisiones*.

⁴⁹ Piatelli A; *Algunas claves para el éxito en la toma de Decisiones*; [rrhh.magazine.com]; 2003.

⁵⁰ Drucker, P; *La gerencia de empresas*; Editorial Sudamericana; Buenos aires; 1963.

⁵¹ GOAL/QPC; *Manual de herramientas básicas para el análisis de datos*, 1990.

- **Diagrama de flujo:** es una representación gráfica que representa todos los pasos de un proceso. Es una herramienta útil para examinar cómo se relacionan los pasos de un proceso.
- **Hoja de inspección:** Permite registrar la frecuencia con que ocurren ciertos eventos, permite convertir opiniones en hechos.
- **Diagrama de Pareto:** Es utilizado para mostrar la importancia relativa de los problemas o condiciones a fin de seleccionar el punto de inicio para la solución de problemas o para identificar la cusa fundamental de un problema.
- **Diagrama de causa y efecto:** Es utilizado cuando se requiere explorar y mostrar las causas posibles de un problema o una condición específica, muestra la relación entre algún efecto y las posibles causas que lo influyen.
- **Histograma:** mediante un gráfico de barras se muestran las características de un producto o servicio y su peso relativo.
- **Diagrama de dispersión:** es utilizado para estudiar la posible relación y su intensidad entre dos variables; esto es, si hay relaciones de causa-efecto.
- **Gráfico de control:** es un gráfico de desarrollo el cual tiene límites de control estadísticamente determinados.
- **Teoría de colas:** los procesos no tienen un ritmo de producción constante a diferentes horas y en los diferentes puntos de la línea de producción, generando "cuellos de botella". La capacidad de producción en los diferentes puntos de la línea de producción no es similar todo el tiempo, generando también "cuellos de botella". El estudio de las colas pretende identificar estos puntos y mediante el rediseño de procesos⁵², utilizando los análisis de redes, corrige la acumulación de subproductos en los diferentes nodos de la línea de montaje.
- **Análisis de redes (estudios de tiempos y movimientos):** el método consiste en identificar el proceso, definirlo, identificar todas sus actividades, analizar la relación de cada actividad con respecto de las otras y elaborar un diagrama, contemplando el factor tiempo o costo (PERT, Program Evaluation and Review Technique, PERT/TIME; PERT/COST). El método

⁵² INCAE; *Como romper cuellos de botella*; Alajuela; documento número 08-00-99-7244; 1984.

de ruta crítica (CPM, Critical Path Method) incluye las dos variables, tiempo y costo ⁵³.

⁵³ INCAE; *Introducción al análisis de redes, CPM y PERT*; Alajuela; documento número 03-73-99-1907; 1973.

En el estudio de colas, los datos pueden ser analizados como "series temporales", los cuales son datos estadísticos que se acumulan a intervalos regulares y pueden ser: de tendencia secular, en la cual la variable crece o disminuye durante largos períodos de tiempo; fluctuación cíclica, ocurre cuando la variable se repite en períodos de tiempo mayores de un año; variación temporal o estacional, corresponde a patrones de cambio estacional que se repite anualmente; y variación irregular, la variable es impredecible⁵⁴.

2.6 Eficiencia de las decisiones

La eficiencia de dichas decisiones podrá ser medida en base a los resultados de la acción, para lo cual se utiliza los modelos de eficiencia que se han implementado en las organizaciones sanitarias y concretamente en España⁵⁵, el enfoque económico de la medida de la eficiencia relaciona los recursos invertidos con la producción de servicios de salud. Sin embargo, hay una diferencia importante entre los productos intermedios y el producto final. El producto final es la contribución de los servicios de salud a mejorar las condiciones de salud de los individuos.

Los estudios empíricos miden el producto de los servicios de salud mediante medidas de actividad (productos intermedios). La selección del conjunto de variables representativas del producto y de los recursos siempre implica la adopción implícita de diversos supuestos sobre la calidad del producto, la adecuación de la atención y la gravedad de los pacientes atendidos.

⁵⁴ Levin R. and Rubin D; *Estadística para administradores*; México; Pearson Educación; Sexta Edición; 1996.

⁵⁵ Puig-Junoy J; *¿Qué sabemos acerca de la eficiencia de las organizaciones sanitarias en España? Una revisión de la literatura económica*; [<http://www.aes.es/jornadas/puig.pdf>]; XX Jornadas de Economía de la Salud, Asociación de Economía de la salud (AES); España Palma de Mallorca; 3 al 5 de mayo del 2002.

El enfoque económico sobre la medida de la eficiencia utilizando las funciones de producción o de costos, limita su enfoque a la transformación de los recursos (físicos o monetarios) en productos intermedios, ignorando el efecto sobre el producto final.

En contraste, el enfoque predominante en la llamada "Investigación de servicios sanitarios" consiste en relacionar eficiencia con calidad de la atención (eficiencia médica o clínica). Este modelo orienta su atención hacia la calidad y la efectividad de la atención brindada, es decir, a la relación entre el producto intermedio y el producto final (mejora de la salud, calidad de vida, satisfacción del paciente, etc.).

2.7 Planificación estratégica

El término estrategia, desde sus albores, se ha relacionado con actividades bélicas, como estrategia militar, el general chino Sun Tzú, cinco siglos antes de Cristo señaló que para ganar las batallas, se debe conocer al enemigo, conocerse a si mismo, conocer los tiempos y el campo de batalla⁵⁶.

Una definición actual de estrategia indica:

Es un sistema que incluye proceso de raciocinio, imaginación, decisión y acción, sobre aspectos internos y externos a la entidad en cuestión, cuyo producto es un medio para pasar de una situación actual determinada a una situación futura deseada.⁵⁷

⁵⁶ Krause D; *El arte de la guerra*; España; Editorial EDAF, S.A.; 1999.

⁵⁷ Brenes L; *Dirección estratégica para organizaciones inteligentes*; San José, Costa Rica; EUNED; 2003, Pág. 25.

Brenes, define plan estratégico como: "Es el proyecto que incluye un diagnóstico de la posición actual de una entidad, la(s) estrategia(s) y la organización en el tiempo de las acciones y los recursos que permitan alcanzar la posición futura deseada".⁵⁸

En el interés de obtener un mayor conocimiento y control de su futuro; organizaciones, comunidades, grupos, sectores y países establecen procesos de planificación estratégica como mecanismo para reducir la incertidumbre en la toma de decisiones presentes. Esta estructura de pensamiento para crear el porvenir, es un proceso de reflexión para la acción, que fomenta la participación activa de los actores claves de una situación y la revisión continua y sistemática de las decisiones⁵⁹.

Para que la planificación estratégica sea efectiva, se requiere de una dirección estratégica, que se puede definir como:

"Un estilo que implica dirigir y orientar los procesos de raciocinio, imaginación, decisión y acción dentro de toda la organización, siguiendo un modelo que facilite la sistematización. Puede ser considerada como una aplicación de la administración estratégica, por lo que su objetivo es idéntico: convertirse en un medio para relacionar la organización, competitivamente y en forma sostenida con su ambiente".⁶⁰

La Clínica de Coronado debe dar respuesta a su comunidad en todo momento, adaptándose siempre a las nuevas demandas y desafíos que ésta le plantea. Frente a estos nuevos desafíos, la planificación estratégica se revela como una herramienta útil y necesaria para facilitar el ajuste continuo a estas nuevas situaciones. Su desarrollo debe promover el conocimiento de la

⁵⁸ Ob.cit; *Dirección estratégica para organizaciones inteligentes*; Pág.28.

⁵⁹ Batista, E; *Taller La planificación estratégica: conceptos y aplicaciones*; C.C.S.S.; febrero 1997.

⁶⁰ Ob.cit; *Dirección estratégica para organizaciones inteligentes*; Pág.33.

organización, contemplar los posibles cambios en materia sanitaria y facilitar su permanente adecuación organizativa.

La planificación estratégica permitirá identificar a los usuarios prioritarios, a los cuales debe dirigir sus esfuerzos, los servicios a prestar y la identificación de su verdadera misión y visión. Los objetivos institucionales, de carácter global, serán adecuados a la Clínica y a cada servicio, los que a su vez diseñarán sus propios planes operativos.

La planificación estratégica no es un fin en sí misma, sino que es un instrumento que favorece la cohesión interna y actúa como herramienta integradora de voluntades para avanzar conjuntamente en una misma dirección. Su naturaleza es dinámica y no estática y debe realizarse desde la comunidad y los servicios porque se estructura de acuerdo con la continua reinformación entre los diferentes participantes, considerando las tendencias del entorno, tomando decisiones para minimizar riesgos y maximizar resultados. La planificación estratégica debe plantear estrategias y objetivos simples, claros, alcanzables y medibles. Cualquier plan estratégico que se establezca deberá ser flexible y dinámico y sin límites prefijados que imposibilite revisiones periódicas. Deberá estar orientado en el mediano y largo plazo, pero debe constituirse mediante acciones en el corto plazo⁶¹.

Para garantizar la efectividad de los procesos antes descritos, se requiere, de un sistema de control efectivo y flexible, que permita su ajuste constante para adecuarlo a las estrategias cambiantes de la organización.

⁶¹ *Por la planificación estratégica hacia la dirección estratégica;*
[WWW.unizar.es/rfuz/direccion_estr.pdf].

CAPÍTULO 3 : DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio:

El presente estudio según su enfoque corresponde a una investigación cuantitativa.

3.2 Área de estudio:

El Área de estudio será el primer nivel de atención en la Consulta Externa de la Clínica de Coronado, unidad de la C.C.S.S., ubicada en el Cantón de Vázquez de Coronado.

3.3 Unidades de análisis, sujetos u objetos del estudio

La unidad de análisis son los módulos de control aplicados a la gestión del primer nivel de atención de la Consulta Externa de la Clínica de Coronado, durante el año 2003.

Se definen como elementos del universo los siguientes subsistemas de control utilizados para evaluar el primer nivel de atención en la consulta externa de la Clínica de Coronado. Dado los requerimientos del estudio se analizará todo el universo:

- Sistema de control avance físico de metas**
- Evaluación de metas del plan anual operativo, del programa de atención integral de la salud**
- Sistema para el informe de la ejecución presupuestaria**
- Sistema de Información Gerencial**
- Control Estadístico Mensual**
- Control de discapacidades**
- Sistema de vigilancia epidemiológica**
- Control de inmunizaciones**
- Sistema para el análisis de la mortalidad infantil**

- **Control de quejas**
- **Encuesta de satisfacción al usuario**
- **Sistema para la evaluación del desempeño**
- **Sistema de control de la calidad del expediente**
- **Control para la habilitación de los servicios de salud**
- **Sistema de control del compromiso de gestión**

Para efectos del presente estudio, no se incluyen los servicios de apoyo técnico.

3.4 Fuentes de información primaria y secundaria

Las fuentes primarias de información son: Registros Médicos, Enfermería, Consulta externa, Proveeduría, Financiero Contable, Equipo de Calidad, Recursos Humanos. Las fuentes de información secundaria requeridas son: Sistema de control avance físico de metas; Sistema de evaluación de metas del plan anual operativo del programa de atención integral de la salud; Sistema para el informe de la ejecución presupuestaria; Sistema de Información Gerencial; Informe Estadístico Mensual; Control de discapacidades; Sistema de vigilancia epidemiológica; Control de inmunizaciones; Sistema para el análisis de la mortalidad infantil; Control de quejas; Encuesta de satisfacción al usuario; Sistema para la evaluación del desempeño; Sistema de control de la calidad del expediente; Control para la habilitación de los servicios de salud; Sistema de control del compromiso de gestión, y la bibliografía consultada y/o referida.

3.5 Identificación, descripción y relación entre las variables

Idoneidad del sistema de control:

La idoneidad del sistema de control constituye la variable independiente y está fundamentada en la teoría general de sistemas, controla los insumos, procesos, productos, resultados e impacto, bajo tres perspectivas: humana, técnica y administrativa.

Vinculación con la misión, visión y objetivos estratégicos

La misión, visión y objetivos estratégicos a considerar, serán los que haya definido la unidad en su Plan Estratégico. Esta es una variable dependiente.

Aplicación del enfoque de riesgo

El sistema de control del riesgo es un instrumento que genera información y se utiliza con el fin de detectar los factores de riesgo de la empresa, valora la magnitud y probabilidad de ocurrencia a fin de controlar su aparición o minimizar sus efectos y lograr la consecución de los objetivos de la organización. Se trata de una variable dependiente.

Información que generan según área del enfoque sistémico

La información desde la perspectiva sistémica contempla toda la información generada en el sistema, incluyendo las relaciones significativas y cómo interactúan sus partes entre insumos, procesos, productos, resultados e impacto. Esta es una variable dependiente.

Capacidad de aporte a la toma de decisiones

La decisión se define como la identificación y elección de un curso de acción para tratar un problema concreto o aprovechar una oportunidad. La toma de decisiones gerenciales señala que una de las claves para que la decisión sea eficiente y oportuna es la existencia de información veraz, suficiente y oportuna, tanto interna como externa.

La eficiencia de dichas decisiones podrá ser medida con base en los resultados de la acción, mediante el enfoque "Investigación de servicios sanitarios" que consiste en relacionar eficiencia con calidad de la atención (eficiencia médica o clínica). Este modelo orienta su atención hacia la calidad y la efectividad de la atención brindada, es decir, a la relación entre el producto intermedio y el producto final (mejora de la salud, calidad de vida, satisfacción del paciente, etc.). Esta es una variable dependiente.

3.6 Operacionalización de las variables

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual de la variable	Dimensión	Definición conceptual de la dimensión	Definición operacional	Definición instrumental
Determinar si los sistemas de control utilizados en el primer nivel de atención de la consulta externa coadyuvan a la consecución de los objetivos estratégicos en forma eficiente.	Idoneidad del sistema de control para monitorear el Plan Estratégico	El control interno es un proceso que lleva a cabo los gerentes y los demás miembros de la unidad, con el objeto de proporcionar un grado razonable de confianza en la consecución de objetivos en los siguientes ámbitos o categorías: - Eficacia y eficiencia de las operaciones. - Fiabilidad de la información financiera. - Cumplimiento de las leyes y normas aplicables.	Logro de la misión, visión y los objetivos estratégicos en forma eficiente.	El control de gestión basado en la planificación estratégica y enfocado desde una perspectiva integral de la organización coadyuva a que cada servicio logre sus objetivos con eficiencia y la organización alcance su misión.	Porcentaje de indicadores de insumos, procesos productos resultados e impacto existentes en los modelos de control analizados. Porcentaje de indicadores utilizados que se vinculan con cada uno de los objetivos estratégicos. Porcentaje de indicadores que se orientan a medir resultado e impacto (calidad y efectividad de la atención brindada). Porcentaje de indicadores vinculados con el cumplimiento de los objetivos.	Análisis Documental. Se analizan todos los sistemas de control utilizados, y se desagregan los indicadores de acuerdo a la matriz del anexo 1. Describir la relación que se da entre los indicadores y los objetivos estratégicos. Analizar los indicadores de resultado e impacto a fin de valorar la calidad y efectividad. Cotejar los objetivos estratégicos planificados con los objetivos alcanzados, según el anexo 2

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual de la variable	Dimensión	Definición conceptual de la dimensión	Definición operacional	Definición instrumental
Analizar la capacidad de medición del riesgo de los sistemas de control utilizados en el primer nivel de atención de la consulta externa.	Capacidad de medición de riesgo	El control es un proceso, un conjunto de acciones estructuradas y coordinadas dirigidas a la vigilancia de la consecución de un fin, no es un fin en sí mismo.	Capacidad de medición del riesgo.	Determina la capacidad de detección y medición de los factores de riesgo.	Porcentaje de sistemas de control que detectan el riesgo.	<p>Análisis Documental.</p> <p>Revisión documental y análisis de los indicadores de los sistemas de control que miden el riesgo. Para efectos del análisis anterior se utilizará la matriz del anexo 3.</p> <p>Del total de sistemas de control utilizados se obtendrá el porcentaje de los que detectan el riesgo.</p>

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual de la variable	Dimensión	Definición conceptual de la dimensión	Definición operacional	Definición instrumental
Analizar los sistemas de control utilizados en el primer nivel de atención de la consulta externa, bajo un enfoque sistémico.	Enfoque sistémico en los modelos de control.	Los sistemas de control desde la perspectiva de la teoría sistémica analizan la información incluyendo todas las relaciones significativas. Comprender el todo requiere conocer el propósito del sistema y cómo interactúan sus partes, lo que se alcanza con la información obtenida a través de estos sistemas.	Sistemas de control bajo enfoque sistémico.	Valora si se cuenta con indicadores de insumos, procesos, productos, resultados e impacto, bajo las perspectivas: humana, técnica y administrativa.	Porcentaje de sistemas de control integrados de acuerdo al modelo sistémico.	Análisis Documental a partir de la matriz 1.

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual de la variable	Dimensión	Definición conceptual de la dimensión	Definición operacional	Definición instrumental
Identificar si los sistemas de control utilizados en el primer nivel de atención de la consulta externa brindan información que permita la toma de decisiones en forma eficiente.	Utilidad del sistema de control.	El control permite la toma de decisiones oportuna y proporciona una garantía razonable a la administración de que se cumplan los objetivos establecidos, al disminuir el riesgo de la ocurrencia de eventos no deseados.	Información que permita la toma de decisiones eficiente.	Indicadores que permitan comparar la meta lograda en un período dado, contra el estándar en el mismo período.	Porcentaje de los sistemas de control que cuentan con un estándar de medición.	Análisis Documental. Revisión documental de los indicadores anotados en la matriz 1, que cuentan con estándar. Matriz 4.

3.7 Selección de técnicas e instrumentos

Objetivo Específico	Variable	Técnica	Instrumento
1. Determinar si los sistemas de control utilizados en el primer nivel de atención de la consulta externa coadyuvan a la consecución de la misión, visión y los objetivos estratégicos en forma eficiente.	Logro de la misión, visión y los objetivos estratégicos en forma eficiente.	Análisis Documental.	Matriz de control total de la calidad (Anexo 1). Tabla de cotejo de objetivos estratégicos (Anexo 2).
Analizar la capacidad de medición del riesgo de los sistemas de control utilizados en el primer nivel de atención de la consulta externa.	Capacidad de medición del riesgo de los sistemas de control.	Análisis Documental.	Matriz para valorar la capacidad e evaluación de riesgo (Anexo 3).
Analizar los sistemas de control utilizados en el primer nivel de atención de la consulta externa, bajo un enfoque sistémico.	Enfoque sistémico en los modelos de control.	Análisis Documental.	Matriz de control total de la calidad (Anexo 1).
Identificar si los sistemas de control utilizados en el primer nivel de atención de la consulta externa brindan información que permita la toma de decisiones en forma eficiente.	Existencia de información para la toma de decisiones eficientes.	Análisis Documental.	Matriz para valorar información para la toma de decisiones eficientes (Anexo 4).

3.8 Plan de tabulación y análisis

3.8.1 Información requerida

La información requerida fue solicitada a los departamentos de Dirección - Administración, Registros Médicos, Presupuesto, Jefatura de Consulta Externa y Enfermería, de la Clínica de Coronado que corresponden al año 2003, de la siguiente manera:

- La Dirección- Administración brindó los avances físicos correspondientes en la matriz para evaluación de Metas del Plan Anual Operativo del año 2003.
- Registros Médicos suministró los Informes Estadísticos Mensuales, de la consulta externa, el informe de discapacidades y el control de la calidad del expediente médico del año 2003.
- Se solicitó a la oficina de presupuesto el control de la ejecución presupuestaria y el informe del Sistema de Información Gerencial (SIG), correspondientes al año 2003.
- La Comisión de Vigilancia Epidemiológica, aportó el informe anual de esa materia del año 2003.
- El servicio de enfermería facilitó el control anual de inmunizaciones del año 2003.
- La oficina de recursos humanos aportó la evaluación del desempeño de los funcionarios, correspondiente al año del 2003.
- La Jefatura de Consulta Externa facilitó los controles utilizados para monitorear el cumplimiento del Compromiso de Gestión correspondientes al año 2003.
- La Comisión Local de Mortalidad Infantil facilitó los instrumentos de control correspondientes al año 2003.
- La Contraloría de Servicios suministró los controles del I y II semestres del 2003, así como la última encuesta de satisfacción al cliente, realizada en el II semestre del 2002.
- Se solicitó al Ministerio de Salud el informe sobre el control para la habilitación de los servicios, realizado en el I semestre del 2003.
- La Dirección Médica facilitó el Plan Estratégico del año 2003 de la Clínica de Coronado.

3.8.2 Recolección y tabulación de la información

Mediante la observación estructurada se revisaron los sistemas de control existentes, registrando en la matriz 1 los indicadores de acuerdo a la clasificación sistémica y según perspectiva. De esa matriz se obtuvo el total de indicadores de insumos, proceso, producto, resultado, impacto y se estimó el porcentaje para cada uno.

Del Plan Estratégico se obtuvieron los objetivos estratégicos que se contrastaron con los indicadores para calcular el porcentaje de ellos que se vinculan con cada uno de los objetivos estratégicos. Adicionalmente se cotejaron los objetivos estratégicos planificados con los objetivos alcanzados (según anexo 2) para obtener el porcentaje de cumplimiento de los objetivos en el período.

Utilizando la observación estructurada, se realizó una revisión documental y análisis de los indicadores de los sistemas de control que miden el riesgo, mediante la matriz del anexo 3. A partir de ello, se calculó el porcentaje de indicadores en cada sistema de control que detectan el riesgo. Esos indicadores fueron analizados para determinar si permitían identificar y medir los diversos riesgos internos y externos que podría enfrentar la Organización, para lo cual deberían cumplir dos requisitos: tener capacidad de detectar los riesgos más probables y contar con un estándar que permita medir su probabilidad.

Finalmente, se analizaron nuevamente los indicadores con el propósito de identificar aquellos que aportaran información apropiada para la toma de decisiones. En este caso, el único criterio evaluado es que contaran con un estándar que permita detectar la ocurrencia de desviaciones y cuantificarlas.

Con toda la información precedente se construyó una base de datos, utilizando Microsoft® Office Excel-Word 2000, que permitió la tabulación de los datos y la construcción de tablas y gráficos. estadístico requerido.

3.9 Resultados esperados

El presente trabajo de investigación se realizó con el propósito de conocer como repercuten los sistemas de control en el logro de los objetivos estratégicos en el primer nivel de atención de la Consulta Externa de la Clínica de Coronado, su capacidad de medición del riesgo y si la información aportada por ellos permite la toma de decisiones.

3.10 Alcance del estudio

Los resultados de la investigación permitirán a las autoridades de la Clínica de Coronado modificar el sistema de control interno para mejorarlo, mediante la propuesta de un sistema de control para el primer nivel de atención de la consulta externa, con enfoque de riesgo, que brinde información para la toma de decisiones y la consecución de la misión, visión y los objetivos estratégicos.

3.11 Limitaciones del estudio

El período de estudio definido como el año 2003, es considerado una limitante, dado que se contará únicamente con los datos de un año y las tendencias seculares y cíclicas no podrán ser observadas.

El área de estudio, control con enfoque de riesgo, es totalmente nueva en el ámbito de la C.C.S.S., existiendo poca experiencia de los gestores en ese campo; sin embargo, se ha iniciado la introducción de este modelo por parte de la Auditoría, en el área de proveedurías.

3.12 Cronograma

El estudio descrito, se realizó en los siguientes tiempos y fechas:

Nombre de tarea	Duración	Comienzo	Fin
Modelo de control	408 días	26-May-03	15-Dic-04
1 Fase exploratoria: Elaboración y aprobación de protocolo	60 días	26-May-03	16-Ago-03
2 Fase: Diseño y aplicación de técnicas e instrumentos	25 días	22-Sep-03	25-Oct-03
3 Fase: Recolección de la información	35 días	22-Sep-03	07-Nov-03
4 Fase: Tabulación y análisis de la información	47 días	10-Feb-04	14-Abr-04
5 Fase: Elaboración del informe final	19 días	15-Abr-04	11-May-04
6 Fase: Revisión por parte del Director	61 días	12-May-04	04-Ago-04
7 Fase: Lectura de tesis	64 días	17-Ago-04	12-Nov-04
8 Fase: Defensa de tesis	23 días	15-Nov-04	15-Dic-04

CAPÍTULO 4 : ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Este capítulo se ha dividido en dos partes: en la primera de ellas se presentan los resultados del análisis de los sistemas de control vigentes en la Clínica de Coronado respecto a su representatividad en cada una de las áreas y perspectivas en que se divide el modelo analítico con enfoque sistémico que se ha usado como marco para este trabajo. También se presentan los hallazgos respecto a la capacidad de los sistemas de control para monitorear el desempeño de los objetivos del Plan Estratégico y la capacidad de medición de riesgo.

En la segunda parte del capítulo se presenta el diseño conceptual de un modelo de control desarrollado por los autores, el cual pretende obviar las debilidades identificadas en los sistemas vigentes y cumplir con lo expuesto en el objetivo específico correspondiente.

4.1 Análisis de los sistemas de control vigentes

4.1.1 Enfoque sistémico en los modelos de control

En conjunto, los sistemas estudiados contienen 159 indicadores; 24 indicadores son de control de insumos, representando un 15,1%; 21 indicadores son de control de procesos, para un 13,2%; el 45,9% corresponden a control de productos, siendo 73 indicadores; 40 indicadores son de control de resultado, para un 25,2% y un indicador es de control de impacto para un 0,6%.

La clasificación de los indicadores en relación con la perspectiva, muestra que 33 indicadores son humanos, lo que corresponde al 20,8%; 98 indicadores son técnicos y representan un 61,6% y 28 indicadores son administrativos y constituyen el 17,6%. En el cuadro siguiente se muestra esta distribución.

Cuadro 4. Indicadores según fase y perspectiva del modelo sistémico del primer nivel de atención de la consulta externa, Clínica de Coronado, 2003

Perspectiva	Total	Insumos		Proceso		Producto		Resultado		Impacto	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Total	159	24	15,1	21	13,2	73	45,9	40	25,2	1	0,6
Humana	33	1	0,6	15	9,5	16	10,1	1	0,6	0	0,0
Técnica	98	7	4,4	5	3,1	47	29,6	38	24,0	1	0,6
Administrativa	28	16	10,1	1	0,6	10	6,2	1	0,6	0	0,0

Fuente: Sistemas de control, Clínica de Coronado

En el cuadro anterior se puede observar que el componente del modelo que contiene mayor número de indicadores es el de producto con un 45,9% y la que menos tiene es la de impacto con un solo indicador. El análisis según perspectiva muestra que la técnica tiene el mayor número de indicadores, con el 61,6% y la administrativa contiene sólo 28 indicadores.

Los sistemas de control con mayor número de indicadores corresponden al Compromiso de Gestión con 45 indicadores; el Plan Anual Operativo tiene 26 indicadores, el Sistema de Evaluación del Desempeño con 16 indicadores, el Informe Estadístico Mensual con 14 y el Control para la habilitación de servicios de salud con 13 indicadores. Estos cinco sistemas representan el 33,5% del total de sistemas analizados, pero contienen 114 indicadores que representan el 71,7% de los indicadores, como se observa en el siguiente cuadro.

Cuadro 5. Distribución de los indicadores de los sistemas de control, según componente del modelo sistémico aplicado a la consulta externa del primer nivel de atención. Clínica de Coronado, año 2003

Sistema de Control Analizado	Total de indic.	Áreas del modelo sistémico									
		I. Insumo		I. Proceso		I. Producto		I. Resultado		I. Impacto	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Avance Físico de Metas	6	1	16,7	0	0,0	5	83,3	0	0,0	0	0,0
Compromisos de Gestión	45	5	11,1	4	8,9	16	35,6	20	44,4	0	0,0
Plan Anual Operativo	26	0	0,0	0	0,0	8	30,8	18	69,2	0	0,0
Sistema Análisis Mortalidad Infantil	5	1	20,0	0	0,0	1	20,0	2	40,0	1	20,0
Control Inmunizaciones	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Sistema de Evaluación del Desempeño	16	0	0,0	15	93,8	1	6,3	0	0,0	0	0,0
Sistema de Información Gerencial	4	0	0,0	0	0,0	4	100,0	0	0,0	0	0,0
Control de Quejas	5	0	0,0	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0
Informe Mayor Auxiliar de Presupuesto	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Control de Discapacidades	1	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Sistema de Control de Calidad del Expediente	5	4	80,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Control para la Habilitación de Servicios de Salud	13	13	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Encueste de Satisfacción al Usuario	10	0	0,0	0	0,0	10	100,0	0	0,0	0	0,0
Informe Estadístico Mensual	14	0	0,0	0	0,0	14	100,0	0	0,0	0	0,0
Sistema de Vigilancia Epidemiológica	7	0	0,0	1	14,3	6	85,7	0	0,0	0	0,0
Total	159	24	15,1	21	13,2	73	45,9	40	25,2	1	0,6

Fuente: Sistemas de control, Clínica de Coronado

En los sistemas de control analizados se identifican ocho que datan desde hace muchos años en la Institución, los cuales se han mantenido prácticamente invariables, con excepción del sistema de control para la evaluación del desempeño. Estos sistemas de control son: Avance físico de metas, de Inmunizaciones, de Evaluación del desempeño, de Información gerencial, Mayor auxiliar de presupuesto, de Discapacidades, del Informe estadístico mensual, de Vigilancia Epidemiológica, los cuales representan el 53,3% de los sistemas y el 31,4% de los indicadores analizados. Estos indicadores son clasificados como control de producto en un 66% y control de proceso un 32%, no contando con indicadores de resultado ni de impacto.

Los sistemas de control Compromiso de gestión y de Evaluación de metas del plan anual operativo, contienen el 44,7% de los indicadores; estos sistemas fueron incorporados en los últimos cinco años, lo que muestra un cambio importante del enfoque en el modelo de control Institucional.

La reforma del Sector Salud introdujo nuevos sistemas de control, entre los cuales se pueden señalar los sistemas de control de: Compromiso de gestión, de Evaluación del plan anual operativo, de Análisis de mortalidad infantil, Control de quejas, Control de calidad del expediente, Habilitación de los servicios de salud y Satisfacción al usuario. Representan el 46,6% de los sistemas de control y el 68,6% de los indicadores utilizados, lo que muestra un mayor número de indicadores por sistema de control en los sistemas de reciente creación, en comparación con los sistemas más antiguos.

Los indicadores de los nuevos sistemas de control muestran una distribución más homogénea en todas las fases del sistema, ya que el 21,1% son de insumo, el 4,6% son de proceso, el 36,7% son de control de producto, 36,7% son indicadores de resultado y el 0,9% de impacto. Por lo que se puede señalar que la reforma del Sector Salud ha propiciado un cambio importante en el enfoque del control.

La variación en la cantidad de indicadores debida a los sistemas de control antiguos y recientes según perspectiva, muestran en la perspectiva humana un aumento del 51%; en la perspectiva técnica el aumento es del 71,4% y en la perspectiva administrativa el aumento fue de un 78,6%, de donde se puede extraer que los modelos de control nuevos privilegian las perspectivas administrativa y técnica.

En conclusión, aún cuando existe diversidad de modelos de control que se aplican a la consulta externa de la Clínica de Coronado, desde el punto de vista del enfoque sistémico, la distribución de sus indicadores resulta inapropiada ya que la gran mayoría (71,1%) se concentran en los componentes de productos (principalmente) y de resultados. En cuanto a la concentración por perspectivas, se encontró que dos terceras partes de los indicadores están ubicados en la técnica, siendo muy pobre la concentración en indicadores humanos y administrativos.

Todo lo anterior, permite establecer que los modelos e instrumentos de control vigentes no obedecen a un enfoque global de la organización, sino a esfuerzos aislados respecto de programas particulares cuyo control del impacto, de la eficiencia en el uso de los recursos (perspectiva administrativa) y de las variables humanas de la organización no parecen relevantes, si se juzgan a partir de la distribución de los indicadores.

4.1.2 Utilidad del sistema de control para monitorear el logro de los objetivos

En la matriz que aparece en el anexo 1.2, se realizó el cotejo de los objetivos estratégicos del Área de Salud de Coronado versus los objetivos logrados, los resultados se muestran en el siguiente cuadro.

Tabla 2. Sistemas de control según objetivos estratégicos planificados y objetivos logrados, de la consulta externa del primer nivel de atención del Área de Salud de Coronado, año 2003

Objetivo estratégico planificado	Objetivo logrado	Sistema de control que mide el objetivo
1.-Lograr un 80% de cobertura en atención integral con calidad en los diferentes programas según grupos etáreos.	SÍ	-Sistema de control de compromiso de gestión. -Control de inmunizaciones. -Evaluación de metas del plan anual operativo del Programa de Atención Integral de la Salud.
2.-Alcanzar el 90% de cobertura en el trabajo escolar en los grupos de I, III y VI grados de las Escuelas del Área de Salud de Coronado	SÍ	-Sistema de control del compromiso de gestión. -Control de inmunizaciones. -Evaluación de metas del plan anual operativo del programa de atención integral de la salud.
3.-Lograr un 80% de satisfacción en los usuario de los servicios del Área de Salud	SÍ	-Sistema de control de compromiso de gestión. -Encuesta de satisfacción al usuario.

Objetivo estratégico planificado	Objetivo logrado	Sistema de control que mide el objetivo
4.-Recibir un 60% de contrarreferencias del tercer nivel de atención.	No	-Sistema de control de compromiso de gestión. -Control estadístico mensual.
5.-Promocionar estilos de vida saludables en 200 adolescentes por año.	SÍ	-Ningún sistema de control
6.-Involucrar al menos a 25 líderes comunales en el desarrollo las actividades que realiza el Área de Salud.	SÍ	-Ningún sistema de control
7.-Participación de al menos un grupo comunal en cada sector, con capacidad técnica y organizativa en el análisis de los problemas y búsqueda e implementación de sus soluciones.	No	-Ningún sistema de control
8.-Reducir en un 10% la policonsulta.	SÍ	-Avance Físico de Metas. -Control estadístico mensual. -Evaluación de metas del plan anual operativo del programa de atención integral de la salud.
9.-Asegurar el cumplimiento de las Normas de Atención en el 90 % de las atenciones.	SÍ	-Sistema de control de compromiso de gestión. -Sistema de evaluación del desempeño.
10.-Propiciar que el 25% de los adultos mayores que participan en el grupo Lazos de Amistad practiquen estilos de vida saludables.	No	-Ningún sistema de control
11.-Mejorar la recaudación en un 10%	No	-Ningún sistema de control
12.-Mantener los tiempos de espera iguales o inferiores a un mes, en todos los servicios brindados en el Área de Salud.	No	-Sistema de control de compromiso de gestión
13.-Lograr que un 10% de los funcionarios participen en la realización de proyectos de investigación.	No	-Ningún sistema de control

Objetivo estratégico planificado	Objetivo logrado	Sistema de control que mide el objetivo
14.-Conseguir que el 80% de los funcionarios basen sus acciones en una administración por valores.	SÍ	-Sistema de evaluación del desempeño.

Fuente: Sistemas de control, Clínica de Coronado

Del análisis del cuadro anterior, se puede extraer que únicamente 7 de los 15 subsistemas de control analizados valoran los objetivos estratégicos de la Unidad, esto es un 47%. El Sistema de control del compromiso de gestión evalúa 6 objetivos estratégicos; el Sistema de Evaluación del Plan Anual Operativo permite medir el desempeño en 3 objetivos estratégicos; los Sistemas de control de Inmunizaciones, Evaluación del desempeño e Informe estadístico mensual valoran 2 objetivos cada uno y los Sistemas Avance Físico de Metas y Encuesta de Satisfacción al Usuario sólo miden el desempeño de un objetivo cada uno.

De los 14 objetivos estratégicos enunciados, los sistemas de control existentes en el primer nivel de atención de la Consulta Externa, solamente valoran ocho, un 57%, quedando 6 objetivos estratégicos, (43%), sin sistema de control que valore su desempeño.

4.1.3 Capacidad de valoración de riesgo

De los 159 indicadores analizados en los 15 subsistemas de control, sólo 85 de ellos muestran la capacidad de valorar el riesgo (53,4%). La cantidad de indicadores que permiten medir el riesgo según los diferentes sistemas de control son: El Sistema de Evaluación del Plan Anual Operativo (con 23 indicadores), el Sistema de Control del Compromiso de Gestión (con 19

indicadores), el Sistema de Control de la Evaluación del Desempeño (con un 16 indicadores), el Sistema de Control de la Encuesta de Satisfacción al Usuario (con 6 indicadores); los sistemas de control de Avance Físico de Metas y el de Análisis de la Mortalidad Infantil (con 5 indicadores cada uno), el Sistema de Control para la Habilitación de Servicios de Salud (con 4 indicadores cada uno); los sistemas de control de quejas y el de control de la calidad del expediente (con 2 indicadores cada uno) y los sistemas de control de inmunizaciones y el de control presupuestario (con 1 indicador cada uno). Los Sistemas de control de Vigilancia Epidemiológica, el Informe Estadístico Mensual y el de Control de Discapacidades no contienen indicadores que permitan valorar el riesgo. Este análisis se muestra en el anexo 3 y el cuadro siguiente presenta los resultados para cada sistema de control analizado.

Cuadro 6. Indicadores de los sistemas de control del primer nivel de atención de la Consulta Externa de la Clínica de Coronado clasificados según valoración de riesgo, total y porcentaje, 2003

Sistema de Control Analizado	Total de indicadores	Valoración de riesgo	
		#	%
Total	159	85	53,5
Plan Anual Operativo	26	23	88,5
Compromisos de Gestión	45	19	42,2
Sistema de Evaluación del Desempeño	16	16	100,0
Encueste de Satisfacción al Usuario	10	6	60,0
Avance Físico de Metas	6	5	83,3
Sistema Análisis Mortalidad Infantil	5	5	100,0
Control para la Habilitación de Servicios de Salud	13	4	30,8
Control de Quejas	5	2	40,0
Sistema de Control de Calidad del Expediente	5	2	40,0
Control Inmunizaciones	1	1	100,0
Sistema de Información Gerencial	4	1	25,0
Informe Mayor Auxiliar de Presupuesto	1	1	100,0
Control de Discapacidades	1	0	0,0
Informe Estadístico Mensual	14	0	0,0
Sistema de Vigilancia Epidemiológica	7	0	0,0

Fuente: Sistema de Control Clínica de Coronado

Identificados los 85 indicadores que pueden ser utilizados para medir el riesgo, fueron ubicados según el componente del modelo sistémico y según perspectiva, encontrando que en el "Control de insumos" se ubican únicamente 6 indicadores, correspondiendo 2 a la perspectiva técnica y 4 indicadores a la perspectiva administrativa, no hay ningún indicador en la perspectiva humana. El subsistema de control de habilitación de servicios de salud concentra el 66% del total de estos indicadores que permiten valorar riesgos en el componente de insumos del modelo sistémico.

En control de procesos se ubican 16 indicadores, 15 de los cuales son de la perspectiva humana y 1 de la perspectiva técnica, no habiendo en la perspectiva administrativa. El 94% de estos indicadores pertenecen al Sistema de control para la evaluación del desempeño.

En el área de control de productos se encuentran 25 indicadores, 19 de la perspectiva técnica y 3 en cada una de las perspectivas humana y administrativa. Los 10 sistemas que tienen indicadores de riesgo tienen algún indicador en esta fase. El subsistema de control de satisfacción al usuario concentra el 24% de estos indicadores, el de evaluación de metas del plan anual operativo y el de control del avance físico de metas concentran un 20,8% cada uno.

En el área de control de resultados se encuentran 37 indicadores, 35 se ubican en la perspectiva técnica, mostrando en las perspectivas humana y administrativa sólo 1 indicador en cada una. Los indicadores del Sistema de Evaluación de Metas del Plan Anual Operativo representan el 48,7%; el Sistema de Control del Compromiso de Gestión cuenta con el 45,9% de los indicadores, quedando con un 5,4% el Sistema de Análisis de la Mortalidad Infantil.

En el área de control de impacto se encuentra sólo 1 indicador en la perspectiva técnica, el cual pertenece al Sistema de Control de la Mortalidad Infantil.

4.1.4 Utilidad de la información para la toma de decisiones

Al aplicar la matriz para valorar información para la toma de decisiones mediante la existencia de estándares (anexo 1.4), se observó que 110 indicadores del total de los sistemas de control analizados cuentan con estándares, representando un 69,2%

La cantidad de indicadores que cuentan con estándar según los diferentes sistemas de control son: El Sistema de control de compromisos de gestión con 38 indicadores, Sistema de evaluación del plan anual operativo contiene 23 indicadores, el Sistema de control de la evaluación del desempeño cuenta con 16 indicadores, el Sistema de control para la habilitación de servicios de salud tiene 13 indicadores, el Sistema de control de la satisfacción del usuario contiene 6 indicadores, el Sistemas de control de avance físico de metas contiene 5 indicadores, el Sistema de control de calidad del expediente tiene 4, el Sistema de análisis de mortalidad infantil contiene 3 indicadores; los Sistemas de control de inmunizaciones y el de Control presupuestario tienen un indicador cada uno; los sistemas restantes no cuentan con estándares de medición.

Cuadro 7. Indicadores de los sistemas de control del primer nivel de atención de la Consulta Externa de la Clínica de Coronado, clasificados según la existencia de estándar, total y porcentaje, 2003

Sistema de Control Analizado	Total de indicadores	Existencia de estándar	
		No.	%
Total	159	110	69,2
Compromisos de Gestión	45	38	84,4
Plan Anual Operativo	26	23	88,5
Sistema de Evaluación del Desempeño	16	16	100,0
Control para la Habilitación de Servicios de Salud	13	13	100,0
Encuesta de Satisfacción al Usuario	10	6	60,0
Avance Físico de Metas	6	5	83,3
Sistema de Control de Calidad del Expediente	5	4	80,0
Sistema Análisis Mortalidad Infantil	5	3	60,0
Control Inmunizaciones	1	1	100,0
Informe Mayor Auxiliar de Presupuesto	1	1	100,0
Sistema de Información Gerencial	4	0	0,0
Control de Quejas	5	0	0,0
Control de Discapacidades	1	0	0,0
Informe Estadístico Mensual	14	0	0,0
Sistema de Vigilancia Epidemiológica	7	0	0,0

Fuente: Sistema de control Clínica de Coronado

Identificados los 110 indicadores que cuentan con estándar, fueron situados por área del modelo sistémico y según perspectiva, hallando que en control de insumos se ubican 18 indicadores, correspondiendo 11 a la perspectiva administrativa, 6 a la perspectiva técnica y 1 a la perspectiva humana. El sistema de control de habilitación de servicios de salud representa el 66,7% del total de estos indicadores.

En control de procesos se ubican 18 indicadores, 15 son de la perspectiva humana, 2 son de la perspectiva técnica y 1 de la perspectiva administrativa. El 83,3% de estos indicadores pertenecen al Sistema de control para la evaluación del desempeño.

En el área de control de productos se encuentran 31 indicadores, 26 de la perspectiva técnica, 4 de la administrativa y 1 de la perspectiva humana. Ocho de los sistemas que tienen indicadores con estándar, tienen algún indicador en esta fase; el Sistema de control de compromiso de gestión tiene el 38,7% de estos indicadores y el Sistema de control de satisfacción al usuario tiene el 19,4% de los indicadores.

En el área de control de resultados se ubican 39 indicadores, de los cuales 37 son de la perspectiva técnica, encontrándose en las perspectivas humana y administrativa 1 indicador en cada una. Los indicadores del Sistema de control de compromiso de gestión representan el 51,3% y el Sistema de control de metas del plan anual operativo cuenta con el 46,1% de esos indicadores.

En el área de control de impacto no se encontró ningún indicador.

4.2 Propuesta de un modelo de control integral para el primer nivel de atención de la Consulta Externa de la Clínica de Coronado

4.2.1 Objetivos del sistema de control

Objetivo general

Controlar, desde la perspectiva de la calidad total, el enfoque de riesgo y el modelo sistémico, las acciones que se ejecutan en el primer nivel de atención de la Clínica de Coronado, para asegurar el logro de los objetivos.

Objetivos específicos

- **Verificar la calidad de los insumos requeridos para alcanzar el producto previamente definido.**
- **Verificar la idoneidad de los procesos requeridos para la obtención de los diferentes productos.**
- **Determinar la calidad de los diferentes productos.**
- **Identificar si los resultados obtenidos se encuentran dentro del rango esperado.**
- **Medir los factores de riesgo preponderantes para la consecución de los objetivos.**
- **Cuantificar el impacto del programa.**

4.2.2 Estructura básica del modelo

El modelo de control que se propone se muestra en la siguiente tabla que enlaza los diferentes componentes del modelo sistémico, permitiendo clasificar las diferentes variables e indicadores a utilizar.

Tabla 3. Variables del modelo de control

Control Insumos	Control Procesos	Control Productos	Control de Resultados	Control de Impacto
Humana				
-Empatía en la relación con los proveedores	<ul style="list-style-type: none"> - Clima organizacional. - Cultura organizacional. - Evaluación del desempeño. 	<ul style="list-style-type: none"> - Calidad de la relación entre proveedor y cliente. - Sistema de control de quejas. 	- Encuesta de satisfacción del cliente.	-Imagen del servicio.

Control Insumos	Control Procesos	Control Productos	Control de Resultados	Control de Impacto
Técnica				
<ul style="list-style-type: none"> -Calidad del apoyo de los servicios finales a la consulta del primer nivel de atención. -Calidad del apoyo de los servicios intermedios a la consulta del 1er nivel. 	<ul style="list-style-type: none"> -Capacidades y destrezas del personal. -Disponibilidad de normas de atención. -Educación brindada a los y las usuarias. -Observancia de normas de atención. -Personal del primer nivel de atención capacitado en las Normas de Atención Integral. -Vigilancia epidemiológica de las enfermedades de declaración obligatoria. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ausentismo por programa. -Capacidad de sustitución de pacientes ausentes. -Capacidad resolutive. 	<ul style="list-style-type: none"> -Utilización de los otros servicios finales, de los servicios intermedios y de apoyo. -Cobertura según programa de atención. -Cobertura de la población según grupo etáreo. -Mejora en el cumplimiento de las normas de atención. -Reducción de ausentismo. -Reducción de policonsulta. 	<ul style="list-style-type: none"> -Incremento en la calidad de vida del adulto mayor. -Reducción de la obesidad en el paciente adulto.

Control Insumos	Control Procesos	Control Productos	Control de Resultados	Control de Impacto
Administrativa				
-Eficacia de aprovisionamiento.	-Calidad de la infraestructura. -Utilización del recurso. -Gestión tecnológica del equipo médico. -Calidad del sistema de información. -Tiempos de espera para ser atendido en la consulta. -Disponibilidad de un sistema de información.	-Calidad de los informes.	-Variación de los costos de la atención.	-Costo/ beneficio

4.2.3 Descripción del modelo de control

Variables para el control de los insumos

En el ámbito humano

Empatía con los proveedores: Entendida como la calidad de la coordinación entre el primero y segundo niveles en la cual el personal del primer nivel requiere del apoyo de los médicos especialistas del segundo nivel de atención. **Relación con proveedores de servicios finales,** mide la relación que existe entre el personal del primer nivel de atención con el personal de trabajo social. **Relación con proveedores de servicios intermedios:** evalúa la empatía entre funcionarios del primer nivel de atención y los servicios intermedios como laboratorio, farmacia, radiología, registros médicos y enfermería. **Relación con proveedores de servicios de apoyo,** valora la empatía que existe entre el personal del primer nivel de atención con el personal de los servicios de apoyo.

En el ámbito técnico

Se identifica la calidad de los insumos brindados por los servicios finales e intermedios al primer nivel de atención, mediante la interconsulta de especialistas, exámenes de laboratorio, estudios de imágenes médicas, documentación médica de registros médicos, cuidados de enfermería y referencias de trabajo social, los cuales contribuyen en la calidad del diagnóstico y tratamiento de los usuarios. La capacitación del personal también es considerada, dada su importancia en la prestación de este servicio.

En el ámbito administrativo

Desde la perspectiva administrativa se anota la eficacia del aprovisionamiento, ya que la prestación del servicio podrá efectuarse de acuerdo con la disponibilidad de equipo y recurso material; la calidad de la infraestructura como iluminación, ventilación, espacio, confortabilidad e higiene afecta la producción y el servicio.

La disponibilidad de un sistema de información que permita contar con información oportuna, veraz y de calidad que apoye en la toma de decisiones es fundamental para el sistema.

Variables para el control de los procesos

En el ámbito humano

Bajo esta perspectiva se analiza el clima y la cultura organizacional, así como la evaluación del desempeño los cuales permiten valorar este aspecto.

En el ámbito técnico

Se valoran las capacidades y destrezas del personal, las cuales contribuyen al cumplimiento de normas y a brindar una atención de calidad. La observancia en los protocolos de atención y su cumplimiento, nos permite valorar la calidad de la atención. También se evalúa la educación brindada a las usuarias durante la atención, lo que favorece la promoción de la salud, así como un adecuado control y seguimiento.

En el ámbito administrativo

Desde la perspectiva administrativa se considera la gestión del equipo médico y la calidad de sistema información que contribuyen a una atención eficiente de los usuarios. Además, se valoran los tiempos de espera que sufre el usuario durante el proceso para ser atendido.

VARIABLES PARA EL CONTROL DE LOS PRODUCTOS

En el ámbito humano

Consideramos la calidad de la relación entre el proveedor y el cliente, así como el sistema de control de quejas para medir la calidad de la atención.

En el ámbito técnico

Valoramos el ausentismo y su sustitución. Se mide la capacidad resolutoria y el porcentaje de referencias enviadas.

En el ámbito administrativo

El producto bajo este ámbito se identifica como la calidad de los informes entregados.

VARIABLES PARA EL CONTROL DE LOS RESULTADOS

En el ámbito humano

Los resultados son medidos mediante la encuesta de satisfacción del usuario.

En el ámbito técnico

Se evalúa la utilización de los otros servicios finales, intermedios y de apoyo, lo que permite conocer la demanda de servicios que tiene el primer nivel de atención sobre los otros servicios de la clínica. Se identificó las coberturas en los diferentes programas de atención, según grupo etáreo, la vigilancia epidemiológica, la mejora en el cumplimiento de las normas de atención, la reducción del ausentismo y la policonsulta.

En el ámbito administrativo

Se identificó la variación de los costos de la atención.

Variables para el control del impacto

En el ámbito humano

Se analiza la imagen del servicio.

En el ámbito técnico

Se identificó el incremento en la calidad de vida del adulto mayor, la reducción de la obesidad en el paciente adulto.

En el ámbito administrativo

La variable a utilizar es costo beneficio.

Criterios utilizados para definir los estándares de los indicadores

Para cada estándar se han definido dos límites, inferior y superior, el límite inferior indica el valor actual como resultado de la utilización de los recursos en el momento de la investigación, el límite superior representa el aprovechamiento óptimo de los recursos existentes, indicando el valor óptimo. En aquellos indicadores que el estándar es aplicado en forma inversa se utilizó como límite inferior el valor óptimo y en el límite superior el valor actual.

4.2.4 Indicadores

4.2.4.1 Indicadores de insumos

Humanos

Variable: Empatía en la relación con los proveedores

Indicador: Calidad de la coordinación entre el primero y segundo nivel de atención

Matriz de recolección de información

Criterio	0	1	2	3	4	5
Respeto						
Confianza						
Cortesía						
Credibilidad						
Total						

Fórmula:
$$\left(\frac{\sum_1^n \text{Puntaje obtenido en cada matriz}}{\text{Puntaje máximo} \times n} \right) \times 100$$

Definición operacional: Se aplicará esta matriz a los médicos generales del primer nivel de atención y a los médicos especialistas del segundo nivel en donde cada uno de ellos calificará mediante los criterios a su contraparte.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 80-100%

Periodicidad: Anual

Fuente: Encuesta aplicada a médicos generales y a médicos especialistas.

Variable: Empatía en la relación con los proveedores

Indicador: Calidad de la relación con proveedores de servicios finales

Matriz de recolección de información

Criterio	0	1	2	3	4	5
Respeto						
Confianza						
Cortesía						
Credibilidad						
Total						

Fórmula:
$$\left(\frac{\sum_1^n \text{Puntaje obtenido en cada matriz}}{\text{Puntaje máximo} \times n} \right) \times 100$$

Definición operacional: Se aplicará la matriz a las funcionarias de trabajo social (proveedores) y a los del primer nivel de atención (receptores), cada uno calificará los criterios a su contraparte.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 80-100%

Periodicidad: Anual

Fuente: Encuesta aplicada a proveedores y receptores

Variable: Empatía en la relación con los proveedores

Indicador: Calidad de la relación con proveedores de servicios intermedios

Matriz de recolección de información

Criterio	0	1	2	3	4	5
Respeto						
Confianza						
Cortesía						
Credibilidad						
Total						

Fórmula:
$$\left(\frac{\sum_1^n \text{Puntaje obtenido en cada matriz}}{\text{Puntaje máximo} \times n} \right) \times 100$$

Definición operacional: Se aplicará la matriz a los funcionarios de registros médicos, laboratorio, farmacia, imágenes médicas, enfermería (proveedores) y el personal del primer nivel de atención (receptores), cada uno calificará a su contraparte.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 80-100%

Periodicidad: Anual

Fuente: Encuesta aplicada a proveedores y receptores

Variable: Empatía en la relación con los proveedores

Indicador: Calidad de la relación con proveedores de servicios de apoyo

Matriz de recolección de información

Criterio	0	1	2	3	4	5
Respeto						
Confianza						
Cortesía						
Credibilidad						
Total						

Fórmula:
$$\left(\frac{\sum_1^n \text{Puntaje obtenido en cada matriz}}{\text{Puntaje máximo} \times n} \right) \times 100$$

Definición operacional: Se aplicará la matriz a los funcionarios de recursos humanos, financieros, materiales y generales como limpieza, transporte y mantenimiento (proveedores) y el personal del primer nivel de atención (receptores), cada uno calificará a su contraparte.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 80-100%

Periodicidad: Anual

Fuente: Encuesta aplicada a proveedores y receptores

Técnicos

Variable: Calidad del apoyo de los servicios finales a la consulta del primer nivel de atención.

Indicador: Calidad de la interconsulta del segundo nivel al primer nivel de atención

Matriz de recolección de información

Criterios	SÍ	NO
El tiempo de espera para realizar la interconsulta fue igual o menor a una hora		
Médico especialista interroga al paciente		
Médico especialista examina al paciente		
Médico especialista discute el caso con el médico general		
Médico especialista brinda capacitación al médico general		
Médico especialista brinda educación al paciente		

Definición operacional: Se aplicará la matriz a los médicos generales, los cuales calificarán a cada uno de los especialistas.

Unidad de medida: Porcentaje de criterios afirmativos

Estándar: SÍ, en el 80-100% de los indicadores de la tabla

Periodicidad: Anual

Fuente: Verificación documental

Variable: Calidad del apoyo de los servicios finales a la consulta del primer nivel de atención.

Indicador: Calidad del apoyo de trabajo social al primer nivel de atención

Matriz de recolección de información

Criterios	SÍ	NO
El tiempo de espera para atender la referencia fue igual o menor a ocho días		
El personal de trabajo social participa en la realización del diagnóstico de salud		
El personal de trabajo social participa en el trabajo grupal del EBAIS		

Definición operacional: Se aplicará la matriz al personal del primer nivel de atención, los cuales calificarán la labor del servicio de trabajo social.

Unidad de medida: Porcentaje de criterios afirmativos

Estándar: Sí, en el 90-100% de los indicadores de la tabla

Periodicidad: Anual

Fuente: Verificación documental

Variable: Calidad del apoyo de los servicios intermedios a la consulta del primer nivel de atención.

Indicador: Calidad del expediente médico

Matriz de recolección de información

Criterios	SÍ	NO
Disponibilidad del expediente		
Estandarización del expediente		
Orden de los formularios		
Identificación de los formularios		

Definición operacional: Se verifica una muestra de expedientes médicos nuevos, valorando los criterios definidos.

Unidad de medida: Porcentaje de criterios afirmativos

Estándar: SÍ, en el 95-100% de los indicadores de la tabla

Periodicidad: Semanal

Fuente: Verificación documental

Variable: Calidad del apoyo de los servicios intermedios a la consulta del primer nivel de atención.

Indicador: Calidad del apoyo de enfermería al primer nivel de atención

Matriz de recolección de información

Criterios	SÍ	NO
El tiempo de espera para atender la referencia fue igual o menor a ocho días		
La enfermera profesional participa en la realización del diagnóstico de salud		
La enfermera profesional participa en el trabajo grupal del EBAIS		

Definición operacional: Se aplicará la matriz al personal del primer nivel de atención, los cuales calificarán el apoyo brindado por las enfermeras profesionales.

Unidad de medida: Porcentaje de criterios afirmativos

Estándar: SÍ, en el 90-100% de los indicadores de la tabla

Periodicidad: Anual

Fuente: Verificación documental

Variable: Calidad del apoyo de los servicios intermedios a la consulta del primer nivel de atención.

Indicador: Calidad del apoyo del servicio de laboratorio

Matriz de recolección de información

Criterios	SÍ	NO
Los exámenes de laboratorio definidos como urgentes son reportados en un plazo máximo de 1 hora.		
El laboratorio realiza todos los exámenes que son solicitados en la consulta externa		
Reporte de exámenes de rutina son reportados en un plazo máximo de un mes.		

Definición operacional: Se aplicará la matriz al personal del primer nivel de atención, los cuales calificarán la calidad y oportunidad brindada por el servicio de laboratorio.

Unidad de medida: Porcentaje de criterios afirmativos

Estándar: SÍ, en el 95-100% de los indicadores de la tabla

Periodicidad: Trimestral

Fuente: Verificación documental

Variable: Calidad del apoyo de los servicios intermedios a la consulta del primer nivel de atención.

Indicador: Calidad del apoyo del servicio de imágenes médicas

Matriz de recolección de información

Criterios	SÍ	NO
Los estudios de imágenes médicas definidos como urgentes son entregados en un plazo máximo de 1 hora		
El servicio de radiología realiza todos los estudios que son solicitados en la consulta externa		
Los reportes de imágenes médicas de las solicitudes de rutina son reportados en un plazo máximo de un mes		

Definición operacional: Se aplicará la matriz al personal del primer nivel de atención, los cuales calificarán la calidad y oportunidad brindada por el servicio de imágenes médicas.

Unidad de medida: Porcentaje de criterios afirmativos

Estándar: SÍ, en el 90-100% de los indicadores de la tabla

Periodicidad: Trimestral

Fuente: Verificación documental

Variable: Personal del primer nivel de atención capacitado en las Normas de Atención Integral.

Indicador: Nivel de capacitación del personal del EBAIS en las Normas de Atención Integral.

Matriz de recolección de información

Criterios	SÍ	NO
Ha recibido capacitación en las Normas de atención integral al niño y la niña		
Ha recibido capacitación en las Normas de atención integral del adolescente		
Ha recibido capacitación en las Normas de atención integral del adulto		
Ha recibido capacitación en las Normas de atención integral del control prenatal		
Ha recibido capacitación en las Normas de atención integral para la detección de cáncer de cérvix		
Ha recibido capacitación en las Normas de atención integral del paciente hipertenso		
Ha recibido capacitación en las Normas de atención integral del paciente diabético		
Ha recibido capacitación en las Normas de atención integral del adulto mayor		

Definición operacional: Se aplicará la matriz al personal del primer nivel de atención, los cuales indicarán si fueron capacitados en cada uno de los temas señalados.

Unidad de medida: Porcentaje de criterios afirmativos

Estándar: SÍ, en el 95-100% de los indicadores de la tabla

Periodicidad: Anual

Fuente: Verificación documental

Administrativos

Variable: Eficacia de aprovisionamiento

Indicador: Disponibilidad de materiales en los consultorios

Matriz de recolección de información

MATERIAL REQUERIDO	SÍ	NO
Ropa de camilla		
Papel Kraft para camilla		
Guantes quirúrgicos		
Gel lubricante		
Espéculos de tres tamaños diferentes		
Láminas para citología		
Líquido fijador para citología		
Frascos para laminillas de citología		
Torundas		
Gasas		
Espátulas		
Aplicadores		
Termómetros		
Alcohol		
Jabón		
Paño de manos		
Total		

Definición operacional: Se aplicará la matriz a los consultorios y sala de preconsulta.

Unidad de medida: Porcentaje de criterios afirmativos.

Estándar: SÍ, en el 90-100% de los indicadores de la tabla.

Periodicidad: Trimestral

Fuente: Observación directa.

Variable: Eficacia de aprovisionamiento

Indicador: Disponibilidad de papelería en los consultorios médicos

Matriz de recolección de información

MATERIAL REQUERIDO	SÍ	NO
Hojas de evolución		
Formulario para solicitud de exámenes de laboratorio		
Formulario para solicitud de exámenes de imágenes médicas		
Formulario para solicitud de exámenes de electrocardiograma		
Formulario para referencia de pacientes		
Recetario de medicamentos		
Total		

Definición operacional: Se aplicará la matriz a los consultorios y sala de preconsulta.

Unidad de medida: Porcentaje de criterios afirmativos.

Estándar: Sí, en el 90-100% de los indicadores de la tabla.

Periodicidad: Trimestral

Fuente: Observación directa.

Variable: Eficacia de aprovisionamiento

Indicador: Disponibilidad de equipo médico

Matriz de recolección de información

EQUIPO REQUERIDO	SI	NO
Pesa para niño		
Pesa para adulto		
Tallímetro		
Estetoscopio		
Esfigmomanómetro		
Equipo diagnóstico		
Monitor fetal		
Glucómetro		
Total		

Definición operacional: Se aplicará la matriz a los consultorios y sala de preconsulta.

Unidad de medida: Porcentaje de criterios afirmativos.

Estándar: SÍ, en el 95-100% de los indicadores de la tabla.

Periodicidad: Anual

Fuente: Observación directa.

Variable: Disponibilidad de un sistema de información

Indicador: Existencia de un sistema de información automatizado

Matriz de recolección de información

Criterio	SÍ	NO
Existe una base de datos computarizada y actualizada que recoge la información sobre:		
Se registran los datos de identificación del paciente		
Se registran las citas otorgadas a los pacientes		
Se registran los pacientes ausentes		
Se registra la sustitución de citas		
Se registran las consultas según programa		
Se registran las consultas según médico		
Se registran las interconsultas con médico especialista		
Se registran los diagnósticos de los pacientes atendidos		
Se registran los pacientes referidos según causa		
Se registran los pacientes referidos según centro de referencia		
Se producen reportes periódicos		
Se analiza la información reportada		
Total		

Definición operacional: Se aplicará la matriz al sistema de información existente.

Unidad de medida: Porcentaje de criterios afirmativos.

Estándar: SÍ, en el 95-100% de los indicadores de la tabla.

Periodicidad: Trimestral

Fuente: Observación documental.

4.2.4.2 Indicadores de proceso

Humanos

Indicador: Calidad del clima organizacional

Matriz de recolección de información

Criterio	0	1	2	3	4	5
Relaciones interpersonales						
Ornato y aseo						
Entusiasmo						
Interés en el trabajo						
Tolerancia						
Calidad de servicio al cliente						
Aceptación del marco normativo						
Calidez						
Confianza						

Fórmula:
$$\left(\frac{\sum_1^n \text{Puntaje obtenido en cada matriz}}{\text{Puntaje máximo} \times n} \right) \times 100$$

Definición operacional: El clima organizacional es el conjunto de características perceptibles de la cultura organizacional que resultan determinantes del comportamiento y el nivel de motivación de los funcionarios y que pueden también ser identificadas por un observador ajeno a la organización.
Aplicación de la matriz a los funcionarios.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 80 – 100 %

Periodicidad: Anual

Fuente: Verificación documental

Variable: Cultura organizacional

Indicador: Calidad de la cultura organizacional

Matriz de recolección de información

Anti-valores	0	1	2	3	4	5	Valores
Deshonestidad							Honestidad
Improvisación							Planificación
Individualismo							Trabajo en equipo
Impuntualidad							Puntualidad
Apatía							Entusiasmo
Mediocridad							Excelencia
Irrespeto							Respeto

$$\text{Fórmula: } \left(\frac{\sum_1^n \text{Puntaje obtenido en cada matriz}}{\text{Puntaje máximo} \times n} \right) \times 100$$

Definición operacional: La cultura organizacional es el conjunto de valores, comportamientos, foldore y hasta un lenguaje particular, que son más o menos estables en una organización, la distinguen y son comportados por los miembros de la misma. Aplicación de la matriz a los funcionarios.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 80 – 100 %

Periodicidad: Anual

Fuente: Verificación documental.

Variable: Cultura organizacional

Indicador: Evaluación del desempeño

Matriz de recolección de información

Ítem	Puntaje obtenido				
	0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
Calidad del trabajo					
Independencia en la ejecución de sus funciones					
Cooperación					
Confiabilidad					
Iniciativa					
Conocimiento del puesto					
Asistencia y puntualidad					
Hábitos de orden y aseo					
Relaciones interpersonales					
Habilidad para aprender					
Toma de decisiones					
Organización del trabajo					
Capacidad analítica					
Resolución de problemas					
Cantidad de trabajo					
Total					

$$\text{Fórmula: } \left(\frac{\sum_1^n \text{Puntaje obtenido en cada rango}}{\text{Puntaje máximo} \times n} \right) \times 100$$

Definición operacional: Se aplica la evaluación de desempeño de la Institución a cada funcionario y los resultados en cada ítem son anotados en la matriz. Se aplica la fórmula.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 80 – 100 %

Periodicidad: Anual

Fuente: Verificación documental

Técnicos

Variable: Capacidades y destrezas del personal

Indicador: Nivel de capacitación del personal médico

Fórmula:
$$\left(\frac{\text{Médicos capacitados}}{\text{Total de médicos}} \right) \times 100$$

Definición operativa: Indica la proporción de personal médico que labora en el primer nivel de atención y recibió el curso de Atención Integral en salud.

Unidad de medida: Porcentaje.

Estándar: El 90-100%

Periodicidad: Anual

Fuente: Oficina de Recursos Humanos.

Variable: Capacidades y destrezas del personal

Indicador: Calidad de las sesiones clínicas.

Matriz de recolección de información

Criterios	SÍ	NO
Se realizan sesiones clínicas semanalmente		
Se discute el manejo de casos con diagnóstico infección de vías respiratorias		
Se revisan temas con relación al manejo de casos problema		
Se revisan temas que sirvan de base para modificar o sustentar los protocolos de tratamiento vigentes		
Se toman decisiones para el cambio de conductas con base en las revisiones		
Hay evidencia documental sobre los cambios propuestos, los realizados y sus resultados		
Total		

Definición operacional: Esta matriz será aplicada trimestralmente con base en la evidencia documental.

Unidad de medida: Porcentaje de criterios afirmativos.

Estándar: El 90-100% de los indicadores de la tabla.

Periodicidad: Trimestral

Fuente: Verificación documental.

Variable: Disponibilidad de normas de atención

Indicador: Existencia y calidad de protocolos de atención

Matriz de recolección de información

Criterios	SÍ	NO
Existen protocolos de atención para el manejo de las diferentes patologías según riesgo		
Existencia de una evaluación anual de los protocolos de atención		
Evidencia documental del análisis de la observancia de los protocolos de abordaje y procedimientos		
Registro de los resultados de las evaluaciones de los protocolos de atención		
Evidencia documental de las modificaciones realizadas a los protocolos de atención		
Existencia de protocolos para los principales procedimientos que se realizan		
Evidencia documental de la evaluación semestral de los protocolos de procedimientos a partir de los resultados		
Evidencia documental de las modificaciones a la luz de los nuevos conocimientos y tecnologías		
Total		

Definición operacional: Para las principales patologías que se manejan en el servicio, se mide la existencia de procedimientos más frecuentes, deben existir protocolos que detallen paso a paso la conducta a seguir.

Unidad de medida: Porcentaje de criterios afirmativos.

Estándar: El 95-100% de los indicadores de la tabla.

Periodicidad: Anual

Fuente: Verificación documental.

Variable: Educación brindada a los y las usuarias del servicio

Indicador: Calidad de la educación a los y las usuarias

Matriz de recolección de información

Criterios	SÍ	NO
Existencia de programas de educación a los usuarios para estimular en ellos un comportamiento saludable y una racional utilización de los servicios		
Evidencia documental de la gestión, funcionamiento de los programas de educación a los usuarios		
Existencia de programa dirigido a los usuarios de la importancia del control		
Evidencia documental sobre la gestión, funcionamiento y resultados del programa de promoción del control periódico en la consulta externa		
Existencia de sesiones periódicas y conjuntas de los usuarios sobre temas relacionados a los diferentes programas de atención, con personal multidisciplinario para evacuar dudas y exponer sus comentarios, temores, sugerencias		
Total		

Definición operacional: Esta matriz será aplicada trimestralmente con base en la evidencia documental.

Unidad de medida: Porcentaje de criterios afirmativos.

Estándar: El 90-100% de los indicadores de la tabla.

Periodicidad: Trimestral

Fuente: Verificación documental.

Variable: Observancia de normas de atención

Indicador: Valora el cumplimiento de las normas de atención en los diferentes programas.

Matriz de recolección de información

PUNTAJE DE REVISION ATENCIÓN MEDICA INTEGRAL								
		Identificación						
		Fecha revisión						
Grupo	Cumple	C/Criterio	1 Criterio	2 Criterio	3 Criterio	4 Criterio	5 Criterio	6 Criterio
0-1 ano	Sí / no							
1-10 anos	Sí / no							
10-19 anos	Sí / no							
Diabetes	Sí / no							
HTA	Sí / no							
Ad Mayor	Sí / no							
Prenatal	Sí / no							
I								
20 sem								
30-35 sem								
otros								
Mujer	Sí / no							
Adulto	Sí / no							
			Total Expedientes Revisados					
			% Con Criterios Completos					
			# Con Criterios Completos					
			% Con Criterios Incompletos					
			# Con Criterios Incompletos					
			CALIFICACION GENERAL					
				0 a 1 año				
				1 a 10 años				
				10 a 19 años				
				Adulto Mayor				
				Hipertensión Arterial				
				Diabetes Mellitus				
				Prenatal				
				Mujer				
				Adulto				

Definición operacional del indicador: Se revisa semanalmente una muestra de los expedientes médicos, para evaluar el cumplimiento de los diferentes criterios, según programa.

Unidad de medida: porcentaje.

Estándar: 90-100%

Periodicidad: Semanal

Fuente: Verificación documental.

Administrativos

Variable: Utilización del recurso

Indicador: Aprovechamiento

Fórmula:
$$\left(\frac{\text{Horas utilizadas en consulta externa}}{\text{Horas disponibles en consulta externa}} \right) \times 100$$

Definición operacional: Mide las horas utilizadas y las horas disponibles por los diferentes grupos ocupacionales, aplica la fórmula.

Unidad de medida: Porcentaje.

Estándar: 95-100%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Departamento de Bioestadística.

Variable: Calidad de la infraestructura

Indicador: Calidad de la planta física

Matriz de recolección de información

Criterio	SÍ	NO
Las áreas de atención tienen privacidad		
El consultorio cuenta con un área privada para la realización de procedimientos		
Las áreas de atención tienen iluminación adecuada		
Las áreas de atención tienen ventilación adecuada		
Los pisos y las paredes del servicio son lavables		
El consultorio cuenta con lavamanos en buen estado		
El área física del consultorio es adecuada para el tránsito del paciente y la movilización del personal		
El estado de conservación y mantenimiento del edificio es apropiado		

Definición operacional: Se aplicará la matriz a los consultorios y sala de preconsulta.

Unidad de medida: Porcentaje de criterios afirmativos.

Estándar: SÍ, en el 90-100% de los indicadores de la tabla.

Periodicidad: Anual

Fuente: Observación directa.

Variable: Gestión de Mantenimiento del equipo médico

Indicador: Calidad de la gestión del equipo.

Matriz de recolección de información

Criterios	SÍ	NO
Existencia de una bitácora de funcionamiento de cada equipo		
Existencia de manuales de operación en español, para cada uno de los equipos del servicio		
Programa de mantenimiento preventivo y correctivo de todos los equipos que se utilicen		
Existencia de cronogramas de mantenimiento preventivo de los equipos		
Evidencia escrita del cumplimiento de los cronogramas de mantenimiento de equipos		
Reparación oportuna de los equipos		
Existencia de registro de mantenimiento para cada equipo		
Inclusión en el presupuesto anual del servicio, de los costos de reposición y mantenimiento de equipos		
Existencia de una política de renovación de equipos		
Total		

Definición operacional: La gestión del equipamiento debe garantizar que todo el equipo disponible se encuentre en condiciones óptimas de funcionamiento y conservación, que no se produzcan tiempos muertos por deficiencias en la oportunidad del mantenimiento o por falta de previsión financiera; pero también que el equipo sea sustituido cuando cumplió su vida útil. Se aplica la matriz a la gestión de mantenimiento de equipo médico.

Unidad de medida: Porcentaje de criterios afirmativos.

Estándar: 90-100% de los indicadores de la tabla.

Periodicidad: Anual

Fuente: Verificación documental.

Variable: existencia y calidad de sistemas de apoyo a la gestión

Indicador: Verificación de la calidad de la información.

Matriz de recolección de información

Criterio	SÍ	NO
Verificación de la información digitada:		
La información es digitada dentro de las 24 horas después de que se generó		
La información digitada corresponde exactamente a la información anotada en el expediente médico		

Definición operacional: Se obtiene una muestra diaria de los expedientes de la consulta externa y se verifica la concordancia de la información del expediente con la información digitada en el sistema. Se obtiene el porcentaje de información veraz y oportuna.

Unidad de medida: Porcentaje de criterios afirmativos.

Estándar: El 90-100% de los indicadores de la tabla.

Periodicidad: Diaria

Fuente: Verificación documental.

Variable: Tiempos de espera para el otorgamiento de citas

Indicador: Tiempo de espera para recibir la atención médica

Fórmula:

$$\left(\frac{\sum_1^n \text{Número de minutos desde la hora de la cita hasta ser atendido el pcte}}{\sum_1^n \text{Número de pacientes}} \right)$$

Definición operacional: Es el promedio de tiempo que transcurre desde la hora de la cita, hasta el momento en que es atendido el paciente.

Unidad de medida: minutos

Estándar: 30-45 minutos

Periodicidad: Semestral

Fuente: Observación y verificación documental

4.2.4.3 Indicadores de producto

Humanos

Variable: Calidad de la relación entre proveedor y cliente

Indicador: Empatía entre el proveedor y el cliente

Matriz de recolección de información

Criterio	0	1	2	3	4	5
Respeto						
Confianza						
Cortesía						
Credibilidad						

Fórmula:
$$\left(\frac{\sum_1^n \text{Puntaje obtenido en cada item}}{\text{Puntaje máximo} \times n} \right) \times 100$$

Definición operacional del indicador: Mide la percepción del proveedor y del cliente y cada uno de ellos calificará a su contraparte. Mediante la aplicación del instrumento antes descrito.

Unidad de medida: porcentaje

Estándar: 90-100%

Periodicidad: Anual

Fuente: Encuesta aplicada a proveedores y clientes.

Variable: Sistema de control de quejas

Indicador: Tipificación de la queja

Matriz de recolección de información

Tipificación de la queja	Cantidad
Insatisfacción con el trato del personal médico	
Insatisfacción con el trato del personal de enfermería	
Insatisfacción con el trato del personal de recepción	
Insatisfacción con el trato del personal técnico	
Insuficiente o inadecuada información	
Acceso a citas	
Tiempos de espera	
Infraestructura y ambiente físico de atención	
Supuesto biombo	
Supuestos ilícitos	
Confiabilidad en diagnóstico y tratamiento	
Total	

Fórmula: $\left(\frac{\text{Tipo de quejas}}{\text{Total de quejas}} \right) \times 100$

Definición operacional del indicador: Mide la insatisfacción del cliente según tipo de queja presentada durante un mes. Las quejas son clasificadas en la matriz anterior y luego se aplica la fórmula.

Unidad de medida: porcentaje

Estándar: 0-10%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Contraloría de servicios.

Técnicos

Variable: Ausentismo según programa.

Indicador: Pacientes ausentes según programa de atención.

Fórmula:
$$\left(\frac{\text{Total de pacientes ausentes según programa}}{\text{Total de pacientes citados según programa}} \right) * 100$$

Definición operativa: Se aplica la fórmula a las citas de los pacientes que quedan ausentes según programa.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 0-10%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros médicos.

Variable: Capacidad de sustitución de pacientes ausentes.

Indicador: Porcentaje de pacientes sustituidos.

Fórmula:
$$\left(\frac{\text{Total de pacientes sustituidos}}{\text{Total de pacientes ausentes}} \right) * 100$$

Definición operativa: Se aplica la fórmula a las citas de los pacientes ausentes que son sustituidos.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 80-100%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros médicos.

Variable: Capacidad resolutive.

Indicador: Porcentaje de pacientes referidos al tercer nivel de atención, durante un mes calendario.

Fórmula:
$$\left(\frac{\text{Total de pacientes referidos}}{\text{Total de pacientes atendidos}} \right) * 100$$

Definición operativa: Mide el porcentaje de pacientes que son referidos al tercer nivel de atención, durante un mes calendario. El nivel de resolución se obtiene restando cien menos el porcentaje de referencia.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar de referencias: 2,5-5%

Estándar de resolución: 95-97,5%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos.

Administrativos

Variable: Calidad de los informes

Indicador: Existencia de un sistema de calidad en los informes

Matriz de recolección de información

Criterio	Sí	No
Cumplimiento de políticas de calidad en la producción de informes		
Verificación de la calidad de los informes		
Verificación de la implementación de medidas correctivas		
Verificación de los resultados de la implementación de las medidas correctivas		

$$\text{Fórmula: } \left(\frac{\sum_1^n \text{Items afirmativos}}{n} \right) \times 100$$

Definición operativa: Indicador que mide el establecimiento de un programa de calidad en los informes del servicio.

Unidad de medida: Porcentaje de criterios afirmativos.

Estándar: 80-100% de los indicadores de la tabla.

Periodicidad: Mensual

Fuente: Verificación documental.

4.2.4.4 Indicadores de resultado

Humanos

Variable: Encuesta de satisfacción del cliente externo

Indicador: Satisfacción del cliente externo.

Matriz de recolección de información

CRITERIO	0	1	2	3	4	5
Tiempo de espera						
Seriedad						
Respeto						
Interés						
Sinceridad						
Afecto						
Información brindada						

Fórmula:
$$\left(\frac{\sum_1^n \text{Puntaje obtenido en cada matriz}}{\text{Puntaje máximo} \times n} \right) \times 100$$

Definición operacional: Trata de definir la percepción del usuario externo en cuanto a la calidad de atención recibida durante la consulta.

Unidad de medida: Porcentaje.

Estándar: 90-100%

Periodicidad: Anual

Fuente: Encuesta de satisfacción del usuario.

Técnicos

Variable: Utilización de los otros servicios finales, de los servicios intermedios y de apoyo.

Indicador: Porcentaje de pacientes referidos al servicio de urgencias

Fórmula:
$$\left(\frac{\text{Total de pacientes referidos a urgencias}}{\text{Total de pacientes atendidos}} \right) * 100$$

Definición operacional: Muestra la demanda que produce el servicio de consulta externa en su primer nivel de atención hacia el servicio de urgencias.

Unidad de medida: Porcentaje.

Estándar: 1-3%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos.

Variable: Utilización de los otros servicios finales, de los servicios intermedios y de apoyo.

Indicador: Medicamentos prescritos por paciente

Fórmula:
$$\left(\frac{\text{Total de medicamentos prescritos}}{\text{Total de pacientes atendidos}} \right)$$

Definición operacional: Muestra la demanda que tiene el servicio de consulta externa en su primer nivel de atención del servicio de Farmacia.

Unidad de medida: Razón.

Estándar: 2-5

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos.

Variable: Utilización de los otros servicios finales, de los servicios intermedios y de apoyo.

Indicador: Exámenes de laboratorio solicitados por paciente

Fórmula:
$$\left(\frac{\text{Total de exámenes solicitados}}{\text{Total de pacientes atendidos}} \right)$$

Definición operacional: Muestra la demanda que tiene el servicio de consulta externa en su primer nivel de atención del servicio de Laboratorio.

Unidad de medida: Razón.

Estándar: 2 – 3

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos.

Variable: Utilización de los otros servicios finales, de los servicios intermedios y de apoyo.

Indicador: Porcentaje de ultrasonidos indicados por paciente.

Fórmula:
$$\left(\frac{\text{Total de ultrasonidos enviados}}{\text{Total de pacientes atendidos}} \right) * 100$$

Definición operacional: Muestra la demanda que tiene el servicio de consulta externa en su primer nivel de atención del servicio de Imágenes Médicas.

Unidad de medida: Porcentaje.

Estándar: 2 - 4%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Verificación documental.

Variable: Utilización de los otros servicios finales, de los servicios intermedios y de apoyo.

Indicador: Porcentaje de estudios radiológicos enviados por paciente

Fórmula:
$$\left(\frac{\text{Total de estudios enviados}}{\text{Total de pacientes atendidos}} \right) * 100$$

Definición operacional: Muestra la demanda que tiene el servicio de consulta externa en su primer nivel de atención del servicio de Imágenes Médicas.

Unidad de medida: Porcentaje.

Estándar: 5 - 10%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos.

Variable: Utilización de los otros servicios finales, de los servicios intermedios y de apoyo.

Indicador: Porcentaje de mamografías enviadas por paciente.

Fórmula:
$$\left(\frac{\text{Total de mamografías enviadas}}{\text{Total de pacientes mayores de 40 años atendidas}} \right) * 100$$

Definición operacional: Muestra la demanda que tiene el servicio de consulta externa en su primer nivel de atención del servicio de Imágenes Médicas.

Unidad de medida: Porcentaje.

Estándar: 10 - 30%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos.

Variable: Cobertura según programa de atención.

Indicador: Cobertura de atención integral en niños y niñas menores de un año

Fórmula: $\left(\frac{\text{Atenciones de primera vez en menores de un año con criterios de calidad}}{\text{Nacimientos del año anterior}} \right) \times 100$

Definición operacional: Porcentaje de niños y niñas menores de un año atendidos de primera vez en el año cumpliendo con los siguientes criterios de calidad: captación temprana, concentración, valoración del desarrollo, valoración e interpretación del estado nutricional, valoración del riesgo y prescripción de hierro.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 90-95%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos

Variable: Cobertura según programa de atención.

Indicador: Cobertura de Atención Integral de niños y niñas de uno a menos de seis años, con criterios de calidad

Fórmula:
$$\left(\frac{\text{Población de un año a menores de 6 años atendidos por primera vez en el año}}{\text{Total de población de un año a menores de 6 años}} \right)$$

Definición operacional: Porcentaje de niños y niñas de 1 a menos de 6 años del Área, atendidos por primera vez en el año, cumpliendo con los siguientes criterios de calidad: concentración, valoración del desarrollo, valoración e interpretación del estado nutricional, valoración del riesgo y hemograma.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 60-95%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos

Variable: Cobertura según programa de atención.

Indicador: Cobertura de Vacunación con DPT, Polio, Hepatitis, H. Influenza.

Fórmula:
$$\left(\frac{\text{Total de tercera dosis aplicada}}{\text{Nacimientos del año anterior}} \right) \times 100$$

Donde: Total de tercera dosis aplicada de DPT, polio, H influenza y hepatitis B.

Definición operacional: Porcentaje de tercera dosis aplicada en menores de un año de las siguientes vacunas: DPT, Polio, H. Influenza y Hepatitis B.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 95-100%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos

Variable: Cobertura según programa de atención.

Indicador: Cobertura de Vacunación con SRP

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Total de dosis aplicadas de SRP en niños y niñas de 15 meses}}{\text{Total de nacimientos del año anterior - defunciones de menores de un año}} \right) \times 100$$

Definición operacional: Porcentaje de dosis aplicadas de SRP en niños de 15 meses

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 95-100%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos

Variable: Cobertura según programa de atención.

Indicador: Cobertura de Atención de niños y niñas en escenario escolar.

Fórmula:
$$\left(\frac{\text{Total de niños y niñas de I, III, VI grado valorados}}{\text{Total de niños y niñas de I, III, VI del Área}} \right) \times 100$$

Definición operacional: Porcentaje de niños y niñas de primero, tercero y sexto grado con las siguientes valoraciones: agudeza visual, agudeza auditiva, revisión del esquema de vacunación, valoración nutricional según IMC, profilaxis antiparasitario, hemoglobina y hematocrito, según lo indica la Norma de Atención Integral y el Manual de Atención Integral a los niños en el escenario escolar.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 95-100%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos

Variable: Cobertura según programa de atención.

Indicador: Cobertura de atención integral individual en adolescentes con criterios de calidad.

Fórmula:
$$\left(\frac{\text{Total de adolescentes atendidos de primera vez en el año}}{\text{Total de adolescentes del área}} \right) \times 100$$

Definición operacional: Porcentaje de adolescentes atendidos por primera vez en el año, detectados en la atención individual, referidos por ATAP, maestros y otros, cumpliendo los siguientes criterios: valoración del estado nutricional según IMC, aplicación del test Tanner, aplicación del Instrumento para el tamizaje de los adolescentes, valoración del riesgo biopsicosocial y plan de seguimiento en adolescentes con riesgo.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 40-60%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos

Variable: Cobertura según programa de atención.

Indicador: Cobertura de tamizaje de adolescentes

Fórmula: $\left(\frac{\text{Total de adolescentes tamizados}}{\text{Total de adolescentes del área}} \right) \times 100$

Definición operacional: Porcentaje de adolescentes a los cuales se les aplicó el instrumento como estrategia orientada a la identificación de factores de riesgo y posterior referencia si amerita.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 40-60%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos

Variable: Cobertura según programa de atención.

Indicador: Cobertura de atención prenatal con criterios de calidad.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Total de mujeres atendidas de primera vez en la consulta de prenatal en el año}}{\text{Total de embarazos esperados en el mismo período}} \right) \times 100$$

Definición operacional: Porcentaje de mujeres embarazadas que han sido atendidas por primera vez en el control prenatal en el año, utilizando los siguientes criterios de calidad: Captación temprana, Concentración, Historia clínica perinatal (CLAP) debidamente llena, Indicación e interpretación de pruebas de laboratorio, con abordaje de las alteradas y la prescripción de hierro y ácido fólico.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 90-95%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos

Variable: Cobertura según programa de atención.

Indicador: Cobertura de atención post-parto con criterios de calidad.

Fórmula:
$$\left(\frac{\text{Total de mujeres atendidas de primera vez de postparto}}{\text{Nacimientos del año anterior}} \right) \times 100$$

Definición operacional: Porcentaje de mujeres que tuvieron su parto en el año y que han sido atendidas por primera vez en el post-parto, utilizando los siguientes criterios de calidad: Captación, revisión de hemoglobina y hematocrito, indicación de hierro y ácido fólico, explicación de métodos anticonceptivos y protección de HIV / SIDA.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 40-60%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos

Variable: Cobertura según programa de atención.

Indicador: Cobertura de mujeres con citología vaginal, por grupos de edades.

Fórmula:
$$\left(\frac{\text{Total de mujeres según grupo de edad con PAP de primera vez en el año}}{\text{Total de mujeres de cada grupo de edad}} \right)$$

Definición operacional: Porcentaje de mujeres a las que se les realizó el Papanicolau de acuerdo a la periodicidad que indica la norma, es decir, cada dos años.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 40-45%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos

Variable: Cobertura según programa de atención.

Indicador: Cobertura de personas hipertensas atendidas por primera vez en el año, con criterios de calidad.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Total de hipertensos atendidos por primera vez en el año con criterios de calidad}}{\text{Población en riesgo}} \right) \times 100$$

Donde: Población en riesgo corresponde al 10% de la población de 20 años y más.

Definición operacional: Personas hipertensas atendidas por primera vez en el año, utilizando los siguientes criterios de calidad: Concentración, Clasificación de Hipertensión y Valoración del riesgo, Valoración e interpretación del estado nutricional, Toma de presión arterial, Fondo de ojo y Indicación e Interpretación de las pruebas de laboratorio, con abordaje de las alteradas.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 80-90%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos

Variable: Cobertura según programa de atención.

Indicador: Cobertura de atención integral individual en personas de 65 años y más, con criterios de calidad.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Número de personas de 65 y más años atendidas de primera vez en el año con criterios de calidad}}{\text{Total de personas de 65 años y más del Area}} \right) \times 100$$

Definición operacional: Porcentaje de personas de 65 años y más del Área que han sido atendidas de primera vez en el año, cumpliendo con los siguientes criterios de calidad: Concentración, Valoración e interpretación del estado nutricional, Valoración del riesgo y su abordaje, Indicación e interpretación de pruebas de laboratorio, con abordaje de las alteradas.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 90-95%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos

Variable: Cobertura según programa de atención.

Indicador: Coberturas de Detección temprana del diabético e hipertenso

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Número de pacientes captados}}{\text{Población en riesgo}} \right) \times 100 \quad \text{Donde:}$$

Donde cobertura de diabéticos o hipertensos se refiere a los pacientes captados y no diagnosticados previamente

Donde: Población en riesgo de padecer Diabetes Mellitus corresponde al 5% de la población de 20 y más años. La población en riesgo de padecer Hipertensión Arterial corresponde al 10% de la población de 20 y más años.

Definición operacional: Detectar lo más temprano posible la presencia de signos que permita identificar a personas diabéticas e hipertensas.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 1-1,5% HTA

Estándar: 0,5-1% DM

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos

Variable: Cobertura según programa de atención.

Indicador: Cobertura de personas diabéticas atendidas con calidad.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Total de diabéticos atendidos por primera vez en el año con criterios de calidad}}{\text{Población de riesgo}} \right) \times 100$$

Donde: Población de riesgo corresponde al 5% de la población de 20 y más años.

Definición operacional: Personas diabéticas atendidas por primera vez en el año, en el primer nivel de atención, utilizando como criterio de calidad las personas diabéticas adecuadamente controladas, entiéndase como Hemoglobina Glicosilada (Hb A1c) menor o igual a 7 %

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar: 70-80%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos

Variable: Cobertura de la población según grupo etáreo

Indicador: Personas atendidas por primera vez en el año, en el primer nivel de atención, según grupo etáreo.

Fórmula:

$$\left(\frac{\text{Total de pacientes con Atención Integral de primera vez según grupo etáreo}}{\text{Población según grupo etáreo}} \right) \times 100$$

Definición operacional: Personas atendidas por primera vez en el año, en el primer nivel de atención, utilizando los diferentes grupos etáreos, definidos a continuación.

Unidad de medida: Porcentaje

Estándar según grupo etáreo:

Grupo de edad	Cobertura
De 0 a 9 años	90-95%
De 10 a 19 años	40-60%
De 20 a 64 años	60-70%
De 65 y más	90-95%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Registros Médicos

Variable: Mejora el cumplimiento de las normas de atención.

Indicador: Porcentaje de incremento en el cumplimiento de las normas de atención.

Fórmula:
$$\left(\frac{CNAPA_1 - CNAPA_0}{CNAPA_0} \right) * 100$$

Donde:

CNAPA₀ = Cumplimiento de normas de atención en el periodo anterior

CNAPA₁ = Cumplimiento de normas de atención en el periodo actual.

Definición operacional: Permite establecer el impacto de las intervenciones realizadas, con el propósito de incrementar el cumplimiento de las normas técnicas de atención.

Unidad de medida: Porcentaje.

Estándar: 5-10%

Periodicidad: Trimestral

Fuente: Verificación física.

Variable: Reducción de ausentismo

Indicador: Proporción de la reducción del ausentismo en la consulta externa del primer nivel de atención

Fórmula:
$$\left(\frac{ACE_0 - ACE_1}{ACE_0} \right) \times 100$$

Donde:

ACE₀ = ausentismo de la consulta externa del periodo anterior

ACE₁ = ausentismo de la consulta externa del periodo actual

Definición operacional: Muestra el impacto de las intervenciones que se han ejecutado a fin de reducir el ausentismo.

Unidad de medida: Porcentaje.

Estándar: 5-10%

Periodicidad: Trimestral

Fuente: Registros Médicos.

Variable: Reducción de la policonsulta

Indicador: Proporción de la reducción de la policonsulta en la consulta externa del primer nivel de atención.

Fórmula:
$$\left(\frac{PCCE_0 - PCCE_1}{PCCE_0} \right) \times 100$$

Donde:

PCCE₀ = Policonsulta consulta externa del periodo anterior

PCCE₁ = Policonsulta consulta externa del último periodo

Definición operacional: Muestra el impacto de las intervenciones que se han ejecutado a fin de reducir la policonsulta.

Unidad de medida: Porcentaje.

Estándar: 5-10%

Periodicidad: Semestral

Fuente: Registros Médicos.

Variable: Vigilancia epidemiológica de las enfermedades de declaración obligatoria.

Indicador: Existencia e idoneidad de un sistema de vigilancia y control de enfermedades de declaración obligatoria.

Matriz para la recolección de información:

Criterio	SÍ	NO
Existe un sistema de vigilancia, registro y control de las enfermedades de declaración obligatoria		
Se analizan diariamente los casos nuevos		
Se cuenta con un canal endémico para cada una de las enfermedades de declaración obligatoria		
Se registra la implantación y evaluación de las intervenciones que se formulen a partir del análisis de resultados		

Definición operacional: Se recolecta la información de la matriz para valorar el sistema de vigilancia epidemiológica.

Unidad de medida: Porcentaje de criterios afirmativos.

Estándar: El 90-100% de los indicadores de la tabla.

Periodicidad: Trimestral

Fuente: Comisión de Vigilancia Epidemiológica.

Administrativos

Variable: Variación en los costos de la atención

Indicador: Reducción en los costos deflatados de la atención

Fórmula:
$$\left(\frac{CAP_0 - CAP_1}{CAP_0} \right) \times 100$$

Donde:

CAP₀ = Costos de la atención en el período anterior

CAP₁ = Costos de la atención en el período siguiente

Definición operacional: Disminución en el costo promedio por consulta que se genera por un incremento en la eficiencia de los procesos.

Unidad de medida: Porcentaje.

Estándar: mayor a cero

Periodicidad: Semestral

Fuente: Verificación documental de la Oficina Financiero Contable.

4.2.4.5 Indicadores de impacto

Humanos

Variable: Imagen del servicio

Indicador: Calidad de la imagen del servicio.

Matriz para la recolección de información:

Criterio	0	1	2	3	4	5
Confortabilidad						
Aseo						
Calidez en el trato						
Credibilidad						
Accesibilidad						
Efectividad						

Fórmula:

$$\left(\frac{\sum_{i=1}^n \text{Puntaje obtenido en cada matriz}}{\text{Puntaje máximo} * n} \right) * 100$$

Definición: Mide la percepción que tiene la población general del servicio que se brinda.

Unidad de medida: porcentaje.

Estándar: 80-100%

Periodicidad: Anual

Fuente: Encuesta a la población general del área de salud.

Técnicos

Variable: Incremento en la calidad de vida del adulto mayor.

Indicador: Mejora de la depresión en el adulto mayor después de participar durante 6 meses en el Programa Lazos de Amistad.

Fórmula:

$$\text{Fórmula: } \left(\frac{DAM_1 - DAM_0}{DAM_0} \right) * 100$$

Donde:

DAM₀ = Prevalencia de depresión del adulto mayor en el periodo anterior

DAM₁ = Prevalencia de depresión del adulto mayor en el periodo actual.

Definición operacional: Evalúa la mejora de la depresión en el adulto mayor, utilizando la escala de depresión geriátrica previo al ingreso al Programa Lazos de Amistad y revaluándolos 6 meses después con el mismo instrumento.

Unidad de medida: porcentaje.

Estándar: incremento de un 5-10%.

Periodicidad: Semestral

Fuente: Verificación documental.

Variable: Reducción de la obesidad en el paciente adulto.

Indicador: Reducción de la obesidad.

Fórmula:
$$\left(\frac{PPGP_0 - PPGP_1}{PPGP_0} \right) \times 100$$

Donde:

PPGP₀ = Peso promedio de los pacientes obesos del periodo anterior

PPGP₁ = Peso promedio de los pacientes obesos del periodo actual

Definición operacional: Evalúa la reducción promedio de peso mensual de los pacientes obesos que ingresan al programa.

Unidad de medida: reducción porcentual grupal.

Estándar: 1-2%

Periodicidad: Mensual

Fuente: Verificación documental.

Administrativos

Variable: Costo/beneficio

Indicador: Mide el costo de operación del servicio y lo relaciona con la producción (salario) del paciente, si no es asalariado, se aplica el producto interno bruto per cápita.

Fórmula:
$$\frac{\sum \text{Costos de atención}}{\sum \text{Salario por años ganados de vida}}$$

Definición operacional: Esta razón permite determinar si el esfuerzo financiero que se realiza para el funcionamiento del Servicio es compensado por el producto financiero del trabajo del usuario.

Unidad de medida: Número natural.

Estándar: 0,5-1

Periodicidad: Anual

Fuente: Oficina de presupuesto, Banco Central de Costa Rica

De este modo, se han operacionalizado los indicadores que se proponen para el modelo de control integral, considerando que esta enumeración no es de ningún modo exhaustiva y que habrá que incorporar progresivamente otros que se requieran en el futuro o que los autores no han considerado necesarios en el momento actual.

CAPÍTULO 5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

A partir del análisis precedente, se plantean seguidamente las principales conclusiones que se pueden extraer del estudio realizado.

El conjunto de subsistemas de control aplicables a las unidades de primer nivel y específicamente a la Clínica de Coronado resultan omisos en muchos de los aspectos que se supone, deben monitorear; lo que quizá se deba primordialmente a que su creación ha sido por aposición, respondiendo cada uno de ellos a necesidades específicas del desarrollo institucional, a que fueron creados basados en las necesidades del nivel central y a que, por lo tanto, no responden a un sistema de control integral.

Así, la distribución de los indicadores entre los diversos subsistemas es irregular, al grado que cinco de ellos (33,3% del total) contienen 114 indicadores, lo que representa el 71,7% de la globalidad de los indicadores. El subsistema que concentra la mayor parte de ellos es el Compromiso de Gestión (con 45), seguido del Plan Anual Operativo (26), el Sistema de Evaluación del Desempeño (16), el Informe Estadístico Mensual (14) y el Sistema de Habilitación de los Servicios de Salud (13).

Por otro lado, el primer nivel de atención de la consulta externa de la Clínica de Coronado tiene 15 subsistemas de control, los cuales están compuestos por 159 indicadores, cuya distribución en cada uno de los componentes del sistema integral de control es errática. En el componente de control de insumos se ubican 24 indicadores (15,1%) en el de control de proceso hay 21 indicadores (13,2%), en el de control de producto se ubican 73 indicadores (45,9%); en la de control de resultado hay 40 indicadores

para un 25,2% y en el de control de impacto solamente hay 1 indicador lo que representa el 0,6%. Por ello se puede señalar que la orientación del control Institucional ha sido enfocada a la fase de producto.

En cuanto a la concentración de indicadores en las tres perspectivas utilizadas (humana, técnica y administrativa) se encontró que el 61,6% corresponden a la técnica, siendo muy pobre la concentración en los aspectos humano y administrativo de la organización.

Respecto a la concordancia de los subsistemas de control vigentes con el enfoque sistémico de control de gestión utilizado para su evaluación, se puede concluir que los modelos e instrumentos de control vigentes no obedecen a un enfoque global de la organización, sino a esfuerzos aislados respecto de programas particulares cuyo control del impacto, de la eficiencia en el uso de los recursos (perspectiva administrativa) y de la calidad humana no parecen relevantes, si se juzga a partir de la distribución de los indicadores.

En lo relacionado con la idoneidad de los subsistemas de control vigentes para monitorear el logro de los objetivos, se puede concluir que sólo 7 de los 15 subsistemas de control analizados permiten valorar el logro de los objetivos estratégicos fijados para la consulta del primer nivel de la Clínica de Coronado. En ese sentido, el Subsistema de control del Compromiso de Gestión aporta al monitoreo de 6 de los 14 objetivos estratégicos, el subsistema de evaluación del Plan Anual Operativo contribuye al monitoreo de 3 de los objetivos; el subsistema de control del Plan Anual Operativo, permite medir el desempeño respecto a 3 objetivos estratégicos y los subsistemas de control del Programa Ampliado de Inmunizaciones, Evaluación del Desempeño e Informe Estadístico Mensual, sólo miden el desempeño de un objetivo cada uno.

Desde otra perspectiva 6 de los 14 objetivos estratégicos (42,9%) no son evaluados por ningún subsistema de control. Entonces, los objetivos estratégicos particulares de la unidad en estudio, carecen de un sistema de control que valore su avance, lo anterior debido a que los sistemas de control utilizados son de diseño institucional, por lo que se puede concluir que para cada objetivo estratégico particular, la Unidad debe establecer un sistema de control ad-hoc.

En cuanto la capacidad de valoración de riesgo de los subsistemas de control vigentes, se encontró que 85 (53,4%) de los 159 indicadores de los 15 subsistemas de control analizados, tienen capacidad de identificación y medición de diversos riesgos que puede enfrentar la consulta externa de primer nivel de la clínica de Coronado. También, este análisis puso en evidencia que los subsistemas de control más antiguos valoran el riesgo en un 62% de sus indicadores y los de reciente creación lo hacen en un 100%. Así, Los subsistemas de control con mayor número de indicadores para identificar y medir los riesgos son el de Evaluación del Plan Anual Operativo (con 23 indicadores), el de Control del Compromiso de Gestión (con 19 indicadores), el de Control de la Evaluación del Desempeño (con 16 indicadores).

En relación a la ubicación de los indicadores que identifican y miden riesgo en los diversos componentes del modelo sistémico, se encontró que 6 (7%) correspondían al de insumos, 16 (18,8%) se ubicaban en el de proceso, 25 (29,4%) pertenecían al de productos, 37 (43,5%) se ubicaban en el de resultados y solamente 1 (1,2%) correspondió al de impacto.

En lo que respecta a la capacidad de los indicadores de brindar información útil para la toma de decisiones, se encontró que 110 (69,2%) de los 159 indicadores cuentan con un estándar que posibilitaba la identificación y cuantificación de desviaciones, habilitando la posibilidad de tomar decisiones en forma oportuna. La mayor parte de estos indicadores se concentran en el

subsistema de control para el Compromiso de Gestión (con 38), el de evaluación del Plan Anual Operativo (con 23), el de Evaluación del Desempeño (con 16), el de Habilitación de Establecimientos de Salud (con 13) y el de la Encuesta de Satisfacción del Usuario (con 10).

A partir de lo antes mencionado se concluye que el 30% de los subsistemas de control analizados contienen el 80% de los indicadores y el 53% de los sistemas tienen poca utilidad para el Centro, dadas sus debilidades, principalmente en lo que respecta a su atomización, la inapropiada distribución de los indicadores en los componentes y perspectivas del modelo sistémico de control utilizado como base para el análisis, la incapacidad de detectar y medir riesgos y de aportar información útil para la toma de decisiones.

Analizado el problema enunciado en la presente investigación se concluye que los sistemas de control de reciente creación (Evaluación del Plan Anual Operativo, Evaluación de Compromisos de Gestión y Evaluación del Desempeño) contribuyen sustancialmente al logro de la misión, visión y objetivos contenidos en el Plan Estratégico, no así los restantes sistemas de control.

5.2 RECOMENDACIONES

Sustentados en las conclusiones se recomienda desarrollar un sistema de control con enfoque sistémico y que incluya las perspectivas humana, técnica y administrativa, dirigido primordialmente a satisfacer las necesidades de control de los ejecutivos del nivel operativo de la C.C.S.S., pero con capacidad para satisfacer las del nivel táctico y estratégico ubicados en las Oficinas Centrales de la Institución.

Como un modesto aporte en ese sentido, los autores presentaron en la segunda parte del capítulo 4 lo que podría ser el primordio sobre el que se construya el sistema necesario; el cual, a partir del momento actual, será puesto en operación en la propia Clínica de Coronado, con el propósito de irlo complementando y depurando progresivamente. Al respecto se recomienda a los cuerpos gerenciales de las unidades de primer nivel de la Institución, analizar, criticar y mejorar la propuesta que se incluye en éste trabajo final de graduación.

A los estamentos de la C.C.S.S., relacionados con el diseño y manejo de los sistemas de información, se les recomienda brindar apoyo para diseñar los instrumentos computarizados para la recolección y el manejo de los datos.

Asimismo, se insta a las autoridades superiores de la Institución a apoyar financiera y políticamente el desarrollo y consolidación de un sistema integral de control que permita el monitoreo del quehacer de las entidades prestatarias de los servicios y recopilar, procesar y transferir la información necesaria para el seguimiento de las actividades desde el nivel central.

Un aspecto que deberá enfatizarse de manera importante en el nuevo sistema de control que se desarrolle e instaure, es el diseño de indicadores de resultados e impacto, para lo cual deberán realizarse ingentes esfuerzos en su definición, en su socialización, en la captación de los datos requeridos y en su depuración.

Se invita a que futuras investigaciones estudien los costos que tienen los sistemas de control analizados, así como el costo del sistema propuesto, a fin de compararlos y propiciar los cambios consecuentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONSULTADAS

Acuña J; *Control de calidad*; Cartago, Costa Rica; Editorial Tecnológica de Costa Rica; 1996.

***Auditoría basada en riesgos*, Enfoque de RBA; ISACA-Audit and control; Magazine.**

Barrantes R; *Investigación un camino al conocimiento. Un enfoque cuantitativo y cualitativo*. San José, Costa Rica; Editorial UNED; Quinta reimpresión; 2002.

Bossi, A; *Control de Gestión Aplicado a las Entidades Públicas*; [5campus.com]; 2001.

Carreras V. et al; *Calidad y autoevaluación en gestión clínica*; Revista de Administración Sanitaria, Vol. III. No. 11; 1999.

Coopers/ Lybrand; *Los nuevos conceptos del control interno(Informe COSO)*; 1997.

Dávila A; *Nuevas herramientas de control*, Revista de antiguos alumnos, septiembre de 1999.

Fonseca J. *Antología del curso control de gestión*, San José, Costa Rica; UNED; 2003.

Hernández M; *El control de gestión empresarial. Criterios para la evaluación del desempeño*; [5campus.com]; 2001.

La Verdad Sobre Eficiencia, Eficacia y Efectividad; [www.monografias.com]

INCAE; *La psicología de las filas de espera;* documento número 17698; 1984.

Lara J; *Control Interno;* Auditoría de sistemas y SIA; 2003.

¿Qué es el control interno?; [www.campus.vab.es]; 2003.

Schuster J; *Control interno;* Argentina, 1992.

Valiño A; *Los Instrumentos de Información Para la Gestión Pública;* [www.ucm.es].

Trullenque F; *Gestión Estratégica del Riesgo;* Revista Estrategia Financiera, No. 194; Abril 2003.

REFERIDAS

Andersson N; *La estimación del riesgo*; El CIET informa; 1990.

Caja Costarricense de Seguro Social; *Anuario 2002*; Programa de Servicios Médicos Seguro de salud, Dirección Financiero Contable, Departamento de Costos; San José.

Arellano, D; Ramón, J; y otros; Nueva gerencia pública en acción: procesos de modernización presupuestal. Un análisis inicial en términos organizativos (Nueva Zelanda, Reino Unido, Australia y México); Caracas, Venezuela; revista del CLAD, Reforma y Democracia. No. 17; Junio 2000.

Batista, E; Taller La planificación estratégica: conceptos y aplicaciones; C.C.S.S.; febrero 1997.

Brenes L; Dirección estratégica para organizaciones inteligentes; San José, Costa Rica; EUNED; 2003.

Bower, J; *Oficio y arte de la gerencia*, Vol II, Escuela de Administración de Empresas de Harvard; Editorial Norma; 1995.

Caja Costarricense de Seguro Social; *Informe Nacional de Evaluación de Compromiso de Gestión Año 2001*; página WEB C.C.S.S.; [ccss.sa.cr].

Caja Costarricense de Seguro Social; *Memoria Institucional 2001*; San José; Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social; *Minuta de reunión No.2 de la Comisión de expediente de salud*; Subgerencia de Tecnología de Información; San José, Costa Rica; 3 de septiembre del 2002.

Caja Costarricense de Seguro Social; *Proyecto de Automatización de los Servicios de Salud, PASS, Perfil del proyecto*; San José; Costa Rica; Diciembre 2002.

Caja Costarricense de Seguro Social; *Reglamento de Auditoría Interna*; San José, Costa Rica; Mayo 1997.

Caja Costarricense de Seguro Social; *Reglamento de las Juntas de Salud*; San José; Costa Rica; 1999.

Chiavenato Idalberto, *Introducción a la teoría de la administración*, McGraw-Hill, 2da edición, México, 1989

Clínica de Coronado; *Plan Estratégico 2003-2007*; San José; Costa Rica.

Committee of Sponsoring Organization of the Treadway Commission; *Los nuevos conceptos del control interno (Informe COSO)*, Cooper & Lybrand; Ed. Díaz de Santos; 1997.

Contraloría General de la República, dirección, *Documentos, control interno*; San José, Costa Rica; extracto del Oficio N° 11300 de 17 de septiembre de 1996

Contraloría General de la República, documentos, *Responsabilidad de evaluar el sistema de control interno*, San José, Costa Rica; extracto del Oficio N° 05425 de 11 de mayo de 1994.

Cutcher, J; Nitta, M. Otros, *Trabajo impulsado por el conocimiento*; Oxford University press, 2000.

Deming E; *El legado de Deming*, videoteca, Encyclopaedia Británica Educational Corporation.

Drucker, P.; *La gerencia de empresas*; Editorial Sudamericana; Buenos aires; 1963.

Figueroa R, Molina C; *Organización y Gerencia Pública*; San José, Costa Rica; ICAP; 1989.

Fonseca J; *El proceso de control en las Instituciones públicas*; Antología del Curso control de Gestión; San José, Costa Rica; UNED; Marzo 2001.

Freije, A., Rodríguez, S; *Control de gestión*, Ed. IEESA, Madrid 1993.

GOAL/QPC; Manual de herramientas básicas para el análisis de datos; 1990.

Gobierno de Costa Rica, *Plan Nacional de Desarrollo, Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez*, Administración Pacheco de la Espriella 2002-2006.

Hernández Torres, M.; A cerca de la definición de control de gestión; [5campus.com]

Stoner Freeman y Gilbert; *Las decisiones y los objetivos de la empresa*, [<http://www.uv.es/omt/OMT02-03T4Tr.PDF>]; 1996.

INCAE; *Como romper cuellos de botella*; Alajuela, Costa Rica; documento número 08-00-99-7244; 1984.

INCAE; *Introducción al análisis de redes; CPM y PERT*; Alajuela, Costa Rica; documento número 03-73-99-1907; 1973.

Informe COSO; dirección electrónica, [<http://campus.uvab.es/~2082564/control.htm>].

Krause D; *El arte de la guerra*; España; Editorial EDAF, S.A.; 1999.

Levin R. and Rubin D; *Estadística para administradores*; México; Pearson Educación; Sexta Edición; 1996.

Paniagua C; *Principales Escuelas del Pensamiento Administrativo*; EUNED; San José, Costa Rica; 1981.

Piatelli A; *Algunas claves para el éxito en la toma de Decisiones*; [rrhh.magazine.com]; 2003.

Por la planificación estratégica hacia la dirección estratégica; [WWW.unizar.es/rfuz/direccion_estr.pdf]

Puig-Junoy J; *¿Qué sabemos acerca de la eficiencia de las organizaciones sanitarias en España? Una revisión de la literatura económica*; [http://www.aes.es/jornadas/puig.pdf]; XX Jornadas de Economía de la Salud, Asociación de Economía de la salud (AES); España Palma de Mallorca; 3 al 5 de mayo del 2002.

Ramió Matas, C; *Los problemas de la implantación de la nueva gestión pública en las administraciones públicas latinas: modelo de Estado y cultura institucional*; Caracas, Venezuela; revista del CLAD, Reforma y Democracia. No. 21; Oct. 2001.

Rheault J.P; *Introducción a la teoría de las decisiones*; México; Ed. Limusa; 1982.

Zurro, M; *Atención Primaria 4.0*; CD ROM; Harcourt Brace de España S.A, 1999.

ANEXOS

ANEXOS 1: Instrumentos para la revisión de los reactivos de control

ANEXO 1.1: Control total de la calidad

Unidad de análisis: Avance físico de metas

Control Insumos	Control Procesos	Control Productos	Control de Resultados	Control de Impacto
Humana				
Técnica				
		2. Proporción de consultas realizadas		
		3. Proporción de pacientes de 1era vez atendidos		
		4. Proporción de consultas subsecuentes		
		5. Aprovechamiento de horas médicas programadas		
		6. Rendimiento de horas médicas laboradas		
Administrativa				
1. Disponibilidad de consultorios				

Unidad de análisis: Control de activos

Control Insumos	Control Procesos	Control Productos	Control Resultados de	Control Impacto de
Humana				
Técnica				
Administrativa				
1. Informe para el control de activos				

Unidad de análisis: Control de discapacidades

Control Insumos	Control Procesos	Control Productos	Control Resultados de	Control Impacto de
Humana				
Técnica				
Administrativa				
		1. Listado de personas discapacitadas detectadas		

Unidad de análisis: Compromiso de gestión

Control Insumos	Control Procesos	Control Productos	Control de Resultados	Control de Impacto
Humana				
20201 Evidencia de Coordinación entre niveles.			20301 Satisfacción del usuario.	
Técnica				
20101 Análisis de la situación trienal de salud.	30101 Porcentaje y revisión de referencias enviadas al tercer nivel por especialidad.	30101 Porcentaje y revisión de referencias enviadas al tercer nivel por especialidad.	10101 Cobertura de atención integral en niños y niñas menores de un año con criterios de calidad	
20102 Plan Estratégico de acción en salud trienal, con participación social y con base en el ASIS Trazadora fase 1 Diabetes	30201 Actividades educativas al primer nivel.	30102 Porcentaje y revisión de referencias atendidas por especialidad.	10102 Cobertura de captación temprana de niños y niñas menores de un año, con criterios de calidad.	
20103 Existencia del Plan Integral de la Salud Bianaual, con participación social.	30202 Participación de los especialistas en la aplicación de la trazadora seleccionada y en el análisis de la mortalidad infantil.	10403 Registro de pacientes detectados diabéticos e hipertensos.	10103 Cobertura de atención integral de niños y niñas de uno a seis, con criterios de calidad.	
		10601 Identificación y control de los pacientes con Tuberculosis.	10104 Cobertura de vacunación con DPT, Polio, Hepatitis, Y H. Influenza.	
		10702 Certificación de la vigilancia epidemiológica en la atención odontológica.	10401 Cobertura de personas diabéticas atendidas por primera vez en el año, con criterios de calidad.	

		10801Atención a las personas con discapacidad física, mental y sensorial.	10402Cobertura de personas hipertensas atendidas por primera vez en el año con criterios de calidad.	
		10901Ejecución de la escuela para padres.	10105Cobertura de vacunación con SRP.	
		11001Atención domiciliar.	10106Cobertura de niños y niñas en escenario escolar.	
		30601Producción del II nivel.	10701Cobertura de atención odontológica preventiva según grupos niños de 0 a 9 años. Adolescentes de 10 a 19 años y mujeres embarazadas.	
		20305Detección y abordaje de la violencia intrafamiliar.	10902Cobertura del curso de preparación psicofísica para el parto.	
		20104Vigilancia Epidemiológica a nivel local.	10201Cobertura de tamizaje de adolescentes del área.	
		20302Análisis de mortalidad infantil.	10202Cobertura de atención integral individual, en adolescentes.	
			10301Cobertura de detección de cáncer de cerviz por grupo de edad 15 a34 35y 65 y más 15ª 19 20 a34 35ª64 65 y más	
			10502Porcentaje de personas de 65 años y más clasificadas de riesgo a los que se le brinda atención integral con calidad.	

			10302 Porcentaje de PAP alterados con abordaje según criterios de calidad.	
			30501 Porcentaje de personas diabéticas atendidas con criterios de calidad en el II nivel de atención.	
			30502 Porcentaje de personas hipertensas atendidas con criterios de calidad en el II nivel de atención	
			30503 Porcentaje de atención prenatal en el segundo nivel con criterios de calidad.	
Administrativa				
20303 Certificación de la calidad del expediente de salud y la oportunidad del envío de información estadística.	30301 Análisis del tiempo de espera por especialidad.	20106 Salud ocupacional.	20601 Análisis de los costos con base en el Sistema de Información Gerencial	
		20901 Porcentaje de personas no aseguradas a las que se les brinda servicios de salud		
		20304 Certificación del estado de saneamiento básico y ambiental		
		20401 Análisis de la ejecución del presupuesto e incapacidades..		

Unidad de análisis: Control para la habilitación de los servicios de salud

Control Insumos	Control Procesos	Control Productos	Control Resultados de	Control de Impacto de
Humana				
Técnica				
11. Conocimiento de protocolos de seguridad				
13. Sistema de información para el reporte de enfermedades de declaración obligatoria				
Administrativa				
1. Disponibilidad del recurso humano				
2. Características físicas y arquitectónicas				
3. Equipamiento				
4. Distribución arquitectónica				
5. Cumplimiento ley 7600				
6. Disponibilidad de materiales				
7. Señalización de emergencias				
8. Equipo contra incendios				
9. Equipo de protección del personal				
10. Manual para la prevención de enfermedades infectocontagiosas				
12. Disponibilidad de normas y leyes				

Unidad de análisis: Control de inmunizaciones

Control Insumos	Control Procesos	Control Productos	Control Resultados de	Control de Impacto de
Humana				
Técnica				
		1. Número de vacunas aplicadas según tipo y edad.		
Administrativa				

Unidad de análisis: Informe estadístico mensual

Control Insumos	Control Procesos	Control Productos	Control de Resultados	Control de Impacto
Humana				
Técnica				
		Total consultas M.G. 1era vez		
		Total consultas subsecuentes de M.G.		
		Total de Horas Méd. Programadas		
		Total de horas Méd. Utilizadas		
		Total de pacientes referidos a especialista		
		Total de pacientes referidos a hospitalización		
		Total de pacientes referidos a otro centro		
		Total de citas perdidas		
		Total de citas sustituidas		
		Total de citas rechazadas		
		Total de referencias recibidas		
		Total de referencias atendidas		
		Total de contrarreferencias recibidas		
		Total de contrarreferencias atendidas		
Administrativa				

Unidad de análisis: PAO, capacitación-formación, vinculación PAO-presupuesto

Control Insumos	Control Procesos	Control Productos	Control de Resultados	Control de Impacto
Humana				
Técnica				
		3. Porcentaje de citas sustituidas según grupo etéreo	1. Cobertura según grupo etéreo	
		4. Total de referencias emitidas según grupo etéreo	2. Concentración según grupo etéreo	
		5. Total de referencias recibidas según grupo etéreo	6. Horas médicas programadas vs horas médicas contratadas según grupo etéreo	
		10. Número de visitas domiciliarias según perfil	7. Número de consultas por horas médicas contratadas	
		11. Total de actividades en participación social según escenario	8. Número de consultas por horas médicas programadas	
		12. Total de actividades en educación según escenario	9. Cobertura de inmunizaciones según tipo de vacuna	
		15. Porcentaje de referencias de problemas detectados en el escenario escolar	13. Cobertura en crecimiento y desarrollo menor de 28 días.	
			14. Cobertura de niños en escenario escolar	
			16. Cobertura de adolescentes tamizados	
			17. Cobertura de ca. De cervix, según grupo etéreo	
			18. Cobertura de atención prenatal	
			19. Cobertura de pos parto	

			20 Cobertura de detección temprana de diabetes	
			21. Cobertura de detección temprana de hipertensos	
			22. Cobertura de personas de 65 y más años tamizadas	
			23. Porcentaje de personas de 65 y más años tamizadas con DT	
			24. Porcentaje de logro en el programa de capacitación	
			25. Porcentaje de logro en el programa de formación	
Administrativa				
		26. Gasto por programa, según cuenta presupuestaria		

Unidad de análisis: Sistema de análisis de mortalidad infantil

Control Insumos	Control Procesos	Control Productos	Control de Resultados	Control de Impacto
Humana				
Técnica				
		1. Análisis de caso		5. Reducción de la tasa de mortalidad infantil
2. Plan de reducción de la mortalidad infantil			3. Porcentaje de prevenibilidad	
			4. Tasa de mortalidad infantil	
Administrativa				

Unidad de análisis: Sistema de control de calidad del expediente

Control Insumos	Control Procesos	Control Productos	Control Resultados	de	Control	de
					Impacto	
Humana						
Técnica						
2. Estandarización del expediente	5. Formalidad de las anotaciones					
Administrativa						
1. Disponibilidad del expediente						
3. Orden de los formularios						
4. Identificación de los formularios						

Unidad de análisis: Sistema de evaluación del desempeño

Control Insumos	Control Procesos	Control Productos	Control de Resultados	Control de Impacto
Humana				
	1.Capacidad analítica	12.Calidad del trabajo		
	2. Desarrollo de personal			
	3. Toma de decisiones			
	4. Conocimiento del puesto			
	5. Relaciones interpersonales			
	6. Liderazgo			
	7. Organización del trabajo			
	8.Delegación de actividades			
	9. Resolución de problemas			
	10. Iniciativa			
	11. Puntualidad			
	13.Cooperación			
	14.Confiabilidad			
	15. Hábitos de orden y aseo			
	16. Habilidad para aprender			
Técnica				
Administrativa				

Unidad de análisis: Informe Mayor auxiliar de presupuesto

Control Insumos	Control Procesos	Control Productos	Control de Resultados	Control de Impacto
Humana				
Técnica				
Administrativa				
		1. Gasto según cuenta presupuestaria		

Unidad de análisis: SIGE

Control Insumos	Control Procesos	Control Productos	Control de Resultados	Control de Impacto
Humana				
Técnica				
		2. Rendimiento de los servicios complementarios por consulta		
Administrativa				
		1. Costo por tipo de consulta		
		3. Utilización del recurso tiempo según producto		
		4. Gastos de operación		

Unidad de análisis: Sistema de vigilancia epidemiológica

Control Insumos	Control Procesos	Control Productos	Control de Resultados	Control de Impacto
Humana				
Técnica				
		Notificación individual de enfermedades de declaración obligatoria		
		Notificación colectiva de enfermedades de declaración obligatoria		
		Notificación negativa de enfermedades de declaración obligatoria		
		Notificación de tumores		
		Notificación de personas minusválidas		
		Reporte de sintomáticos respiratorios		
	Control de casos de TB			
Administrativa				

Unidad de análisis: Control de quejas

Control Insumos	Control Procesos	Control Productos	Control Resultados de	Control Impacto de
Humana				
		1. Número de quejas recibidas		
		2. Número de quejas resueltas		
		3. Número de quejas en trámite		
		4. Tipificación de la queja		
		5. Caracterización del usuario		
Técnica				
Administrativa				

Unidad de análisis: Encuesta de satisfacción al usuario

Control Insumos	Control Procesos	Control Productos	Control de Resultados	Control de Impacto
Humana				
		1.Estratificación del usuario según el uso que hace del servicio		
		2.Trato recibido por el personal de salud		
		3.Inventarios de actividades realizadas por el médico		
		4.Tiempo de espera para cita con médico especialista		
		5.Cantidad de visitas domiciliarias		
		6.Calificación de la limpieza, ventilación e iluminación del área de atención		
		7. Medición de tiempo utilizado para las diferentes atenciones		
		8.Calificación del tiempo utilizado		
		9.Opinión general de los servicios		
		10.Características del entrevistado		
Técnica				
Administrativa				

Resumen de anexos

Sistema de Control Analizado	Teoría de sistemas												Valoración		Existencia	
	Total	I. Insumo		I. Proceso		I. Producto		I. Resultado		I. Impacto		Riesgo		Estándar		
	Indicad.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Avance Físico de Metas	6	1	16,7	0	0	5	83,3	0	0	0	0	5	83,3	5	83,3	
Compromisos de Gestión	45	5	11,1	4	8,9	16	35,6	20	44,4	0	0	19	42,2	38	84,4	
Plan Anual Operativo	26	0	0	0	0	8	30,8	18	69,2	0	0	23	88,5	23	88,5	
Sistema Análisis Mortalidad Infantil	5	1	20,0	0	0	1	20,0	2	40,0	1	20,0	5	100,0	3	60,0	
Control Inmunizaciones	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100	1	100	
Sistema de Evaluación del Desempeño	16	0	0	15	93,8	1	6,3	0	0	0	0	16	100	16	100	
Sistema de Información Gerencial	4	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	1	25	0	0	
Control de Quejas	5	0	0	0	0	5	100	0	0	0	0	2	40	0	0	
Informe Mayor Auxiliar de Presupuesto	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100	1	100	
Control de Discapacidades	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sistema de Control de Calidad del Expediente	5	4	80	1	20	0	0	0	0	0	0	2	40	4	80	
Control para la Habilitación de Servicios de Salud	13	13	100	0	0	0	0	0	0	0	0	4	30,8	13	100	
Encuesta de Satisfacción al Usuario	10	0	0	0	0	10	100	0	0	0	0	6	60	6	60	
Informe Estadístico Mensual	14	0	0	0	0	14	100	0	0	0	0	0	0	0	0	
Sistema de Vigilancia Epidemiológica	7	0	0	1	14,29	6	85,71	0	0	0	0	0	0	0	0	
Total	159	24	15,1	21	13,2	73	45,9	40	25,2	1	0,6	85	53,5	110	69,2	

Fuente: Sistemas de Control, Clínica de Coronado

ANEXO 1.2: Tabla de cotejo de objetivos estratégicos planificados versus objetivos logrados y sistema de control que los mide

Objetivo estratégico planificado	Objetivo logrado	Sistema de control que mide el objetivo
Lograr un 80% de cobertura en atención integral con calidad en los diferentes programas según grupos etéreos.	SÍ	-Sistema de control de compromiso de gestión. -Control de inmunizaciones. -Evaluación de metas del plan anual operativo del programa de atención integral de la salud.
Alcanzar el 90% de cobertura en el trabajo escolar en los grupos de I, III y VI grados de las Escuelas del Área de Salud de Coronado	SÍ	Sistema de control de compromiso de gestión. Control de inmunizaciones. -Evaluación de metas del plan anual operativo del programa de atención integral de la salud.
Lograr un 80% de satisfacción en los usuario de los servicios del Área de Salud	SÍ	Sistema de control de compromiso de gestión. -Encuesta de satisfacción al usuario.
Recibir un 60% de contrarreferencias del tercer nivel de atención.	No	Sistema de control de compromiso de gestión. -Control estadístico mensual.
Promocionar estilos de vida saludables en 200 adolescentes por año.	SÍ	
Involucrar al menos a 25 líderes comunales en el desarrollo las actividades que realiza el Área de Salud.	SÍ	
Participación de al menos a un grupo comunal en cada sector, con capacidad técnica y organizativa en el análisis de los problemas y búsqueda e implementación de sus soluciones.	No	
Reducir en un 10% la policonsulta.	SÍ	-Avance Físico de Metas. -Control estadístico mensual. -Evaluación de metas del plan anual operativo del programa de atención integral de la salud.

Asegurar el cumplimiento de las Normas de Atención en el 90 % de las atenciones.	SÍ	-Sistema de control de compromiso de gestión. -Sistema de evaluación del desempeño.
Propiciar que el 25% de los adultos mayores que participan en el grupo Lazos de Amistad practiquen estilos de vida saludables.	No	
Mejorar la recaudación en un 10%	No	
Mantener los tiempos de espera igual o inferiores a un mes en todos los servicios brindados en el Área de salud.	No	-Sistema de control de compromiso de gestión
Lograr que un 10% de los funcionarios participen en la realización de proyectos de investigación.	No	
Conseguir que el 80% de los funcionarios basen sus acciones en una administración por valores.	SÍ	-Sistema de evaluación del desempeño.

ANEXO 1.3: Matrices para valoración de riesgo

Unidad de análisis Avance físico de metas

Atributo	Medición del riesgo	
	Sí	No
1. Número de consultorios		
2. Número de consultas realizadas	X	
3. Número de pacientes de 1era vez atendidos		
4. Número de consultas subsecuentes		
5. Horas médicas programadas: Aprovechamiento		
6. Horas médicas laboradas: Rendimiento		

Unidad de análisis: Control de discapacidades

Atributo	Medición del riesgo	
	Sí	No
1. Listado de personas discapacitadas detectadas		√

Unidad de análisis: Compromiso de gestión

Atributo	Medición del riesgo	
	Sí	No
10101 Cobertura de atención integral en niños y niñas menores de un año con criterios de calidad.	X	
10102 Cobertura de captación temprana de niños y niñas menores de un año, con criterios de calidad.	X	
10103 Cobertura de atención integral de niños y niñas de uno a seis, con criterios de calidad.	X	
10104 Cobertura de vacunación con DPT, Polio, Hepatitis, y H. Influenza.	X	
10105 Cobertura de vacunación con SRP.	X	
10106 Cobertura de atención de niños y niñas en escenario escolar.	X	
10201 Cobertura de tamizaje de adolescentes del área.	X	
10202 Cobertura de atención integral individual, en adolescentes.	X	
10301 Cobertura de detección de cáncer de cérvix por grupo de edad 15 a 34 35 y más o 15 a 19, 20 a 34, 35 a 64 y 65 y más	X	
10302 Porcentaje de PAP alterados con abordaje según criterios de calidad.	X	
10401 Cobertura de personas diabéticas atendidas por primera vez en el año, con criterios de calidad.	X	
10402 Cobertura de personas hipertensas atendidas por primera vez en el año con criterios de calidad.	X	
10403 Registro de pacientes detectados diabéticos e hipertensos.		X
10502 Porcentaje de personas de 65 años y más clasificadas de riesgo a los que se le brinda atención integral con calidad.	X	
10601 Identificación y control de los pacientes con Tuberculosis.	X	
10701 Cobertura de atención odontológica preventiva según grupos niños de 0 a 9 años. Adolescentes de 10 a 19 años y mujeres embarazadas.	X	
10702 Certificación de la vigilancia epidemiológica en la atención odontológica.		X
10801 Atención a las personas con discapacidad física, mental y sensorial.		X
10901 Ejecución de la escuela para padres.		X
10902 Cobertura del curso de preparación psicofísica para el parto.	X	
11001 Atención domiciliar.		X
20101 Análisis de la situación de Salud trienal.		X
20102 Plan Estratégico Integral de acción en salud trienal, con participación social y con base en el ASIS. Trazadora fase 1 Diabetes		X
20103 Existencia del Plan Integral de promoción de la Salud Bienal, con participación social.		X

20104 Vigilancia Epidemiológica a nivel local.		X
20106 Salud ocupacional.		X
20201 Evidencia de Coordinación entre niveles.		X
20301 Satisfacción del usuario.	X	
20302 Análisis de mortalidad infantil.		X
20303 Certificación de la calidad del expediente de salud y la oportunidad del envío de información estadística.		X
20304 Certificación del estado de saneamiento básico y ambiental.		X
20305 Detección y abordaje de la violencia intrafamiliar.		X
20401 Análisis de la ejecución del presupuesto e incapacidades.		X
20601 Análisis de los costos con base en el Sistema de Información Gerencial	X	
20901 Porcentaje de personas no aseguradas a las que se les brinda servicios de salud		X
30101 Porcentaje y revisión de referencias enviadas al tercer nivel por especialidad.		X
30102 Porcentaje y revisión de referencias atendidas por especialidad.		X
30201 Actividades educativas al primer nivel.		X
30202 Participación de los especialistas en la aplicación de la trazadora seleccionada y en el análisis de la mortalidad infantil.		X
30301 Análisis del tiempo de espera por especialidad.		X
30501 Porcentaje de personas diabéticas atendidas con criterios de calidad en el II nivel de atención.		X
30502 Porcentaje de personas hipertensas atendidas con criterios de calidad en el segundo nivel de atención		X
30503 Porcentaje de atención prenatal en el segundo nivel con criterios de calidad.		X
30601 Producción del II nivel.	X	

Unidad de análisis: Control para la habilitación de los servicios de salud

Atributo	Medición del riesgo	
	Sí	No
1. Disponibilidad del recurso humano		√
2. Características físicas y arquitectónicas		√
3. Equipamiento		√
4. Distribución arquitectónica		√
5. Cumplimiento ley 7600		√
6. Disponibilidad de materiales		√
7. Señalización de emergencias	√	
8. Equipo contra incendios	√	
9. Equipo de protección del personal	√	
10. Manual para la prevención de enfermedades infectocontagiosas		√
11. Conocimiento de protocolos de seguridad	√	
12. Disponibilidad de normas y leyes		√
13. Sistema de información para el reporte de enfermedades de declaración obligatoria		√

Unidad de análisis: Control de inmunizaciones

Atributo	Medición del riesgo	
	Sí	No
1. Número de vacunas aplicadas según tipo y edad.	√	

Unidad de análisis: Control de quejas

Atributo	Medición del riesgo	
	Sí	No
1. Número de quejas recibidas	√	
2. Número de quejas resueltas		√
3. Número de quejas en trámite		√
4. Tipificación de la queja	√	
5. Caracterización del usuario		√

Unidad de análisis: : Encuesta de satisfacción al usuario

Atributo	Medición del riesgo	
	Sí	No
1.Estratificación del usuario según el uso que hace del servicio		√
2.Trato recibido por el personal de salud	√	
3.Inventarios de actividades realizadas por el médico		√
4.Tiempo de espera para cita con médico especialista	√	
5.Cantidad de visitas domiciliarias		√
6.Calificación de la limpieza, ventilación e iluminación del área de atención	√	
7. Medición de tiempo utilizado para las diferentes atenciones	√	
8.Calificación del tiempo utilizado	√	
9.Opinión general de los servicios	√	
10.Características del entrevistado		√

Unidad de análisis: Informe estadístico mensual

Atributos	Valora el riesgo	
	Sí	No
Total consultas M.G. 1era vez en el año		√
Total consultas subsecuentes de M.G.		√
Total de Horas Méd. Programadas		√
Total de horas Méd. Utilizadas		√
Total de pacientes referidos a especialista		√
Total de pacientes referidos a hospitalización		√
Total de pacientes referidos a otro centro		√
Total de citas perdidas		√
Total de citas sustituidas		√
Total de citas rechazadas		√
Total de referencias recibidas		√
Total de referencias atendidas		√
Total de contrarreferencias recibidas		√
Total de contrarreferencias atendidas		√

Unidad de análisis: PAO, capacitación-formación, vinculación PAO-presupuesto

Atributos	Valora el Riesgo	
	Sí	No
1.Cobertura según grupo etéreo y según sexo	X	
2.Concentración según grupo etéreo y según sexo	X	
3.Porcentaje de citas sustituidas según grupo etéreo		X
4.Total de referencias emitidas según grupo etéreo		X
5.Total de referencias recibidas según grupo etéreo		X
6.Horas médicas programadas vrs horas médicas contratadas según grupo etéreo	X	
7.Número de consultas por horas médicas contratadas	X	
8.Número de consultas por horas médicas programadas	X	
9.Cobertura de inmunizaciones según tipo de vacuna	X	
10. Número de visitas domiciliarias según perfil	X	
11.Total de actividades en participación social según escenario	X	
12.Total de actividades en educación según escenario	X	
13.Cobertura en crecimiento y desarrollo menor de 28 días.	X	
14.Cobertura de niños en escenario escolar	X	
15.Porcentaje de referencias de problemas detectados en el escenario escolar	X	
16.Cobertura de adolescentes tamizados	X	
17. Cobertura de Ca. de cérvix, según grupo etéreo	X	
18. Cobertura de atención prenatal	X	
19.Cobertura de pos parto	X	
20 Cobertura de detección temprana de diabetes	X	
21.Cobertura de detección temprana de hipertensos	X	
22.Cobertura de personas de 65 y más años tamizadas	X	
23.Porcentaje de personas de 65 y más años tamizadas con DT	X	
24.Porcentaje de logro en el programa de capacitación	X	
25.Porcentaje de logro en el programa de formación	X	
26.Gasto por programa, según cuenta presupuestaria	X	

Unidad de análisis: Sistema de análisis de mortalidad infantil

Atributos	Valora el riesgo	
	Sí	No
1. Análisis de caso	X	
2. Plan de reducción de la mortalidad infantil	X	
3. Porcentaje de prevenibilidad	X	
4. Tasa de mortalidad infantil	X	
5. Reducción de la tasa de mortalidad infantil	X	

Unidad de análisis: Sistema de control de calidad del expediente

Atributo	Medición del riesgo	
	Sí	No
1. Disponibilidad del expediente		√
2. Estandarización del expediente		√
3. Orden de los formularios		√
4. Identificación de los formularios	√	
5. Formalidad de las anotaciones	√	

Unidad de análisis: Sistema de evaluación del desempeño

Atributos	Valora el riesgo	
	Sí	No
1.Capacidad analítica	X	
2. Desarrollo de personal	X	
3. Toma de decisiones	X	
4. Conocimiento del puesto	X	
5. Relaciones interpersonales	X	
6. Liderazgo	X	
7. Organización del trabajo	X	
8.Delegación de actividades	X	
9. Resolución de problemas	X	
10. Iniciativa	X	
11. Puntualidad	X	
12.Calidad del trabajo	X	
13.Cooperación	X	
14.Confiabilidad	X	
15. Hábitos de orden y aseo	X	
16. Habilidad para aprender	X	

Unidad de análisis: Sistema para el informe de la ejecución presupuestaria

Atributo	Medición del riesgo	
	Sí	No
Cuentas presupuestarias según objeto del gasto		
-Asignación anual		√
-Gasto del período		√
-Porcentaje de gasto	√	
-Reserva		√
-Saldo disponible		√

Unidad de análisis: Sistema de información gerencial

Atributo	Medición del riesgo	
	Sí	No
1. Costo por tipo de consulta	√	
2. Rendimiento de servicios complementarios por consulta		√
3. Utilización del recurso tiempo según producto		√
4. Gastos de operación		√

Unidad de análisis: Sistema de vigilancia epidemiológica

Atributo	Medición del riesgo	
	Sí	No
Notificación individual de enfermedades de declaración obligatoria		√
Notificación colectiva de enfermedades de declaración obligatoria		√
Notificación negativa de enfermedades de declaración obligatoria		√
Notificación de tumores		√
Notificación de personas minusválidas		√
Reporte de sintomáticos respiratorios		√
Control de casos de TB		√

ANEXO 1.4: Matrices para valorar existencia de estándar

Unidad de análisis: Avance físico de metas

Atributo	Existencia de estándar	
	Sí	No
1. Número de consultorios.		X
2. Consultas a pacientes programadas y realizadas en el periodo.	X	
3. Consulta de 1era vez programadas y realizadas en el periodo.	X	
4. Consultas subsecuentes programadas y realizadas en el periodo.	X	
5. Horas médicas programadas y realizadas en el periodo: Aprovechamiento	X	
6. Horas médicas laboradas y realizadas en el periodo. Rendimiento	X	

Unidad de análisis: Control de discapacidades

Atributo	Existencia de estándar	
	Sí	No
1. Listado de personas discapacitadas detectadas		√

Unidad de análisis: Compromiso de gestión

Atributo	Existencia de estándar	
	Sí	No
10101 Cobertura de atención integral en niños y niñas menores de un año con criterios de calidad.	X	
10102 Cobertura de captación temprana de niños y niñas menores de un año, con criterios de calidad.	X	
10103 Cobertura de atención integral de niños y niñas de uno a seis, con criterios de calidad.	X	
10104 Cobertura de vacunación con DPT, Polio, Hepatitis, y H. Influenzae.	X	
10105 Cobertura de vacunación con SRP.	X	
10106 Cobertura de atención de niños y niñas en escenario escolar.	X	
10201 Cobertura de tamizaje de adolescentes del área.	X	
10202 Cobertura de atención integral individual, en adolescentes.	X	
10301 Cobertura de detección de cáncer de cérvix por grupo de edad 15 a 34 35 y más o 15 a 19, 20 a 34, 35 a 64 y 65 y más	X	
10302 Porcentaje de PAP alterados con abordaje según criterios de calidad.	X	
10401 Cobertura de personas diabéticas atendidas por primera vez en el año, con criterios de calidad.	X	
10402 Cobertura de personas hipertensas atendidas por primera vez en el año con criterios de calidad.	X	
10403 Registro de pacientes detectados diabéticos e hipertensos.		X
10502 Porcentaje de personas de 65 años y más clasificadas de riesgo a los que se le brinda atención integral con calidad.	X	
10601 Identificación y control de los pacientes con Tuberculosis.		X
10701 Cobertura de atención odontológica preventiva según grupos niños de 0 a 9 años. Adolescentes de 10 a 19 años y mujeres embarazadas.	X	
10702 Certificación de la vigilancia epidemiológica en la atención odontológica.	X	
10801 Atención a las personas con discapacidad física, mental y sensorial.	X	
10901 Ejecución de la escuela para padres.	X	
10902 Cobertura del curso de preparación psicofísica para el parto.	X	
11001 Atención domiciliar.		X
20101 Análisis de la situación de Salud trienal.	X	
20102 Plan Estratégico Integral de acción en salud trienal, con participación social y con base en el ASIS. Trazadora fase 1 Diabetes	X	

20103 Existencia del Plan Integral de promoción de la Salud Bianual, con participación social.	X	
20104 Vigilancia Epidemiológica a nivel local.	X	
20106 Salud ocupacional.	X	
20201 Evidencia de Coordinación entre niveles.	X	
20301 Satisfacción del usuario.	X	
20302 Análisis de mortalidad infantil.	X	
20303 Certificación de la calidad del expediente de salud y la oportunidad del envío de información estadística.	X	
20304 Certificación del estado de saneamiento básico y ambiental.	X	
20305 Detección y abordaje de la violencia intrafamiliar.	X	
20401 Análisis de la ejecución del presupuesto e incapacidades.	X	
20601 Análisis de los costos con base en el Sistema de Información Gerencial	X	
20901 Porcentaje de personas no aseguradas a las que se les brinda servicios de salud		X
30101 Porcentaje y revisión de referencias enviadas al tercer nivel por especialidad.	X	
30102 Porcentaje y revisión de referencias atendidas por especialidad.	X	
30201 Actividades educativas al primer nivel.		X
30202 Participación de los especialistas en la aplicación de la trazadora seleccionada y en el análisis de la mortalidad infantil.		X
30301 Análisis del tiempo de espera por especialidad.	X	
30501 Porcentaje de personas diabéticas atendidas con criterios de calidad en el II nivel de atención.	X	
30502 Porcentaje de personas hipertensas atendidas con criterios de calidad en el segundo nivel de atención	X	
30503 Porcentaje de atención prenatal en el segundo nivel con criterios de calidad.	X	
30601 Producción del II nivel.	X	

Unidad de análisis: Control para la habilitación de los servicios de salud

Atributo	Existencia de Estándar	
	Sí	No
1. Disponibilidad del recurso humano	√	
2. Características físicas y arquitectónicas	√	
3. Equipamiento	√	
4. Distribución arquitectónica	√	
5. Cumplimiento ley 7600	√	
6. Disponibilidad de materiales	√	
7. Señalización de emergencias	√	
8. Equipo contra incendios	√	
9. Equipo de protección del personal	√	
10. Manual para la prevención de enfermedades infectocontagiosas	√	
11. Conocimiento de protocolos de seguridad	√	
12. Disponibilidad de normas y leyes	√	
13. Sistema de información para el reporte de enfermedades de declaración obligatoria	√	

Unidad de análisis: Control de inmunizaciones

Atributos	Existencia de Estándar	
	Sí	No
1. Número de vacunas aplicadas según tipo y edad.	X	

Unidad de análisis: Control de quejas

Atributo	Existencia de estándar	
	Sí	No
1. Número de quejas recibidas		√
2. Número de quejas resueltas		√
3. Número de quejas en trámite		√
4. Tipificación de la queja		√
5. Caracterización del usuario		√

Unidad de análisis: : Encuesta de satisfacción al usuario

Atributo	Existencia de estándar	
	Sí	No
1. Estratificación del usuario según el uso que hace del servicio		√
2. Trato recibido por el personal de salud	√	
3. Inventarios de actividades realizadas por el médico		√
4. Tiempo de espera para cita con médico especialista	√	
5. Cantidad de visitas domiciliarias		√
6. Calificación de la limpieza, ventilación e iluminación del área de atención	√	
7. Medición de tiempo utilizado para las diferentes atenciones	√	
8. Calificación del tiempo utilizado	√	
9. Opinión general de los servicios	√	
10. Características del entrevistado		√

Unidad de análisis: Informe estadístico mensual

Atributos	Existencia de estándar	
	Sí	No
Total consultas M.G. 1era vez en el año		√
Total consultas subsecuentes de M.G.		√
Total de Horas Méd. Programadas		√
Total de horas Méd. Utilizadas		√
Total de pacientes referidos a especialista		√
Total de pacientes referidos a hospitalización		√
Total de pacientes referidos a otro centro		√
Total de citas perdidas		√
Total de citas sustituidas		√
Total de citas rechazadas		√
Total de referencias recibidas		√
Total de referencias atendidas		√
Total de contrarreferencias recibidas		√
Total de contrarreferencias atendidas		√

Unidad de análisis: PAO, capacitación-formación, vinculación PAO-presupuesto

Atributos	Existencia de Estándar	
	Sí	No
1.Cobertura según grupo etáreo y según sexo	X	
2.Concentración según grupo etáreo y según sexo	X	
3.Porcentaje de citas sustituidas según grupo etáreo		X
4.Total de referencias emitidas según grupo etáreo		X
5.Total de referencias recibidas según grupo etáreo		X
6.Horas médicas programadas vrs horas contratadas según grupo etáreo	X	
7.Número de consultas por horas médicas contratadas	X	
8.Número de consultas por horas médicas programadas	X	
9.Cobertura de inmunizaciones según tipo de vacuna	X	
10. Número de visitas domiciliarias según perfil	X	
11.Total de actividades en participación social según escenario	X	
12.Total de actividades en educación según escenario	X	
13.Cobertura en crecimiento y desarrollo menor de 28 días.	X	
14.Cobertura de niños en escenario escolar	X	
15.Porcentaje de referencias de problemas detectados en escenario escolar	X	
16.Cobertura de adolescentes tamizados	X	
17. Cobertura de Ca. de cérvix, según grupo etáreo	X	
18. Cobertura de atención prenatal	X	
19.Cobertura de pos parto	X	
20 Cobertura de detección temprana de diabetes	X	
21.Cobertura de detección temprana de hipertensos	X	
22.Cobertura de personas de 65 y más años tamizadas	X	
23.Porcentaje de personas de 65 y más años tamizadas con DT	X	
24.Porcentaje de logro en el programa de capacitación	X	
25.Porcentaje de logro en el programa de formación	X	
26.Gasto por programa, según cuenta presupuestaria	X	

Unidad de análisis: Sistema de análisis de mortalidad infantil

Atributos	Existencia de estándar	
	Sí	No
1. Análisis de caso	X	
2. Plan de reducción de la mortalidad infantil	X	
3. Porcentaje de prevenibilidad		X
4. Tasa de mortalidad infantil	X	
5. Reducción de la tasa de mortalidad infantil		X

Unidad de análisis: Sistema de control de calidad del expediente

Atributo	Existencia de estándar	
	Sí	No
1. Disponibilidad del expediente	√	
2. Estandarización del expediente	√	
3. Orden de los formularios	√	
4. Identificación de los formularios	√	
5. Formalidad de las anotaciones		√

Unidad de análisis: Sistema de evaluación del desempeño

Atributos	Existencia de estándar	
	Sí	No
1.Capacidad analítica	X	
2. Desarrollo de personal	X	
3. Toma de decisiones	X	
4. Conocimiento del puesto	X	
5. Relaciones interpersonales	X	
6. Liderazgo	X	
7. Organización del trabajo	X	
8.Delegación de actividades	X	
9. Resolución de problemas	X	
10. Iniciativa	X	
11. Puntualidad	X	
12.Calidad del trabajo	X	
13.Cooperación	X	
14.Confiabilidad	X	
15. Hábitos de orden y aseo	X	
16. Habilidad para aprender	X	

Unidad de análisis: Sistema para el informe de la ejecución presupuestaria

Atributo	Existencia de estándar	
	Sí	No
Cuentas presupuestarias según objeto del gasto		
-Asignación anual	√	
-Gasto del período	√	
-Porcentaje de gasto	√	
-Reserva		√
-Saldo disponible	√	

Unidad de análisis: Sistema de información gerencial

Atributo	Existencia de estándar	
	Sí	No
1. Costo por tipo de consulta		√
2. Rendimiento de los servicios complementarios por consulta		√
3. Utilización del recurso tiempo según producto		√
4. Gastos de operación		√

ANEXO 1.5: Consolidado de los modelos analizados

Matriz de Control total de la calidad, riesgo y existencia de estándares.

***Valora el Riesgo**

**** Existencia de Estándar**

Control Insumos	Control Procesos	Control Productos	Control Resultados	de	Control de Impacto
Humana					
20201 Evidencia de Coordinación entre niveles. (CG) **	*Capacidad analítica (SEDD) **	*Número de quejas recibidas (CQ)	*20301 Satisfacción del usuario. (CG) **		
	*Desarrollo de personal (SEDD) **	Número de quejas resueltas (CQ)			
	*Toma de decisiones (SEDD) **	Número de quejas en trámite (CQ)			
	*Conocimiento del puesto (SEDD) **	*Tipificación de la queja (CQ)			
	*Relaciones interpersonales (SEDD) **	Caracterización del usuario (CQ)			
	*Liderazgo (SEDD) **	*Calidad del trabajo (SEDD) **			
	*Organización del trabajo (SEDD) **				
	*Delegación de actividades (SEDD) **				
	*Resolución de problemas (SEDD) **				
	*Iniciativa (SEDD) **				
	*Puntualidad (SEDD) **				

	*Cooperación (SEDD) **			
	*Confiabilidad (SEDD) **			
	*Hábitos de orden y aseo (SEDD) **			
	*Habilidad para aprender (SEDD) **			
Técnica				
20101Análisis de la situación de Salud trianual. (CG) **	30101Porcentaje y revisión de referencias enviadas al tercer nivel por especialidad. (CG) **	30101Porcentaje y revisión de referencias enviadas al tercer nivel por especialidad. (CG) **	*10101Cobertura de atención integral en niños y niñas menores de un año con criterios de calidad(CG) **	*Reducción de la tasa de mortalidad infantil (SAMI)
*Plan de reducción de la mortalidad infantil (SAMI) **		3.Porcentaje de citas sustituidas según grupo etáreo(PAO)	*Cobertura según grupo etáreo y según sexo(PAO) **	
		4.Total de referencias emitidas según grupo etáreo(PAO)	*Concentración según grupo etáreo y según sexo(PAO) **	
		5.Total de referencias recibidas según grupo etáreo(PAO)	*Horas médicas programadas vrs horas médicas contratadas según grupo etáreo (PAO) **	
		*Número de visitas domiciliarias según perfil (PAO) **	*Número de consultas por horas médicas contratadas (PAO) **	
		*Total de actividades en participación social según escenario(PAO) **	*Número de consultas por horas médicas programadas (PAO) **	

		*Total de actividades en educación según escenario (PAO) **	*Cobertura de inmunizaciones según tipo de vacuna (PAO) **	
		*Porcentaje de referencias de problemas detectados en el escenario escolar (PAO) **	*Cobertura en crecimiento y desarrollo menor de 28 días. (PAO) **	
		*Consultas a pacientes programadas y realizadas en el periodo (AFM) **	*Cobertura de niños en escenario escolar (PAO) **	
		*Consulta de 1era vez programadas y realizadas en el periodo (AFM) **	*Cobertura de adolescentes tamizados (PAO) **	
		*Consultas subsecuentes programadas y realizadas en el periodo (AFM) **	*Cobertura de Ca. De cérvix, según grupo etáreo (PAO) **	
		*Horas médicas programadas y realizadas en el periodo Aprovechamiento (AFM) **	*Cobertura de atención prenatal (PAO) **	
		*Horas médicas laboradas y realizadas en el periodo rendimiento (AFM) **	*Cobertura de pos parto (PAO) **	
		*Análisis de caso (SAMI) **	*Cobertura de detección temprana de diabetes (PAO) **	
		*Número de vacunas aplicadas según tipo y edad (CI) **	*Cobertura de detección temprana de hipertensos (PAO) **	
		2. Rendimiento de los servicios complementarios por consulta (SIGE)	*Cobertura de personas de 65 y más años tamizadas (PAO) **	

			*Porcentaje de personas de 65 y más años tamizadas con DT (PAO) **	
			*Porcentaje de logro en el programa de capacitación (PAO) **	
			*Porcentaje de logro en el programa de formación (PAO) **	
20102Plan Estratégico de acción en salud trianual, con participación social y con base en el ASIS Trazadora fase 1 Diabetes(CG) **	30201Actividades educativas al primer nivel. (CG)	30102Porcentaje y revisión de referencias atendidas por especialidad. (CG) **	*10102Cobertura de captación temprana de niños y niñas menores de un año, con criterios de calidad. (CG) **	
20103Existencia del Plan Integral de la Salud Bianual, con participación social. (CG) **	30202 Participación de los especialistas en la aplicación de la trazadora seleccionada y en el análisis de la mortalidad infantil. (CG)	10403Registro de pacientes detectados diabéticos e hipertensos. (CG)	*10103Cobertura de atención integral de niños y niñas de uno a seis, con criterios de calidad. (CG) **	
2. Estandarización del expediente (SCCE)	*Formalidad de las anotaciones (SCCE) **	*10601Identificación y control de los pacientes con Tuberculosis. (CG)	*10104Cobertura de vacunación con DPT, Polio, Hepatitis, Y H. Influenza. (CG) **	
*Conocimiento de protocolos de seguridad (CHSS) **	Control casos de Tb. (SVE)	10702Certificación de la vigilancia epidemiológica en la atención odontológica. (CG) **	*10401Cobertura de personas diabéticas atendidas por primera vez en el año, con criterios de calidad. (CG) **	

<p>13. Sistema de información para el reporte de enfermedades de declaración obligatoria (CHSS) **</p>		<p>10801Atención a las personas con discapacidad física, mental y sensorial. (CG) **</p>	<p>*10402Cobertura de personas hipertensas atendidas por primera vez en el año con criterios de calidad. (CG) **</p>	
		<p>10901Ejecución de la escuela para padres. (CG) **</p>	<p>*10105Cobertura de vacunación con SRP. (CG) **</p>	
		<p>11001Atención domiciliar. (CG)</p>	<p>*10106Cobertura de niños y niñas en escenario escolar. (CG) **</p>	
		<p>*30601Producción del II nivel. (CG) **</p>	<p>*10701Cobertura de atención odontológica preventiva según grupos niños de 0 a 9 años. Adolescentes de 10 a 19 años y mujeres embarazadas. (CG) **</p>	
		<p>20305Detección y abordaje de la violencia intrafamiliar. (CG) **</p>	<p>*10902Cobertura del curso de preparación psicofísica para el parto. (CG) **</p>	
		<p>20104Vigilancia Epidemiológica a nivel local. (CG) **</p>	<p>*10201Cobertura de tamizaje de adolescentes del área. (CG) **</p>	
		<p>20302Análisis de mortalidad infantil. (CG) **</p>	<p>*10202Cobertura de atención integral individual, en adolescentes. (CG) **</p>	
		<p>1.Estratificación del usuario según el uso que hace del servicio (ESU)</p>	<p>*10301Cobertura de detección de cáncer de cerviz por grupo de edad 15 a34 35y 65 y más 15ª 19 20 a34 35ª64 65 y más(CG) **</p>	

		*Trato recibido por el personal de salud (ESU) **	*10502Porcentaje de personas de 65 años y más clasificadas de riesgo a los que se le brinda atención integral con calidad. (CG) **	
		3.Inventarios de actividades realizadas por el médico (ESU)	*10302Porcentaje de PAP alterados con abordaje según criterios de calidad. (CG) **	
		*Tiempo de espera para cita con médico especialista (ESU) **	30501Porcentaje de personas diabéticas atendidas con criterios de calidad en el II nivel de atención. (CG) **	
		5.Cantidad de visitas domiciliarias (ESU)	30502Porcentaje de personas hipertensas atendidas con criterios de calidad en el II nivel de atención(CG) **	
		*Calificación de la limpieza, ventilación e iluminación del área de atención (ESU) **	30503Porcentaje de atención prenatal en el segundo nivel con criterios de calidad. (CG) **	
		*Medición de tiempo utilizado para las diferentes atenciones (ESU) **	*Porcentaje de prevenibilidad (SAMI)	
		*Calificación del tiempo utilizado (ESU) **	*Tasa de mortalidad infantil (SAMI) **	
		*Opinión general de los servicios (ESU) **		
		10.Características del entrevistado (ESU)		
		Total consultas M.G. 1era vez (IEM)		

		Total consultas subsecuentes de M.G. (IEM)		
		Total de Horas Méd. Programadas (IEM)		
		Total de horas Méd. Utilizadas (IEM)		
		Total de pacientes referidos a especialista (IEM)		
		Total de pacientes referidos a hospitalización (IEM)		
		Total de pacientes referidos a otro centro (IEM)		
		Total de citas perdidas (IEM)		
		Total de citas sustituidas (IEM)		
		Total de citas rechazadas (IEM)		
		Total de referencias recibidas (IEM)		
		Total de referencias atendidas (IEM)		
		Total de contrarreferencias recibidas (IEM)		
		Total de contrarreferencias atendidas (IEM)		
		Notificación individual de enfermedades de declaración obligatoria (SVE)		
		Notificación Colectiva de enfermedades de declaración obligatoria (SVE)		

		Notificación negativa de enfermedades de declaración obligatoria (SVE)		
		Notificación de Tumores (SVE)		
		Notificación de personas minusválidas (SVE)		
		Reporte sintomáticos respiratorios (SVE)		
Administrativa				
20303Certificación de la calidad del expediente de salud y la oportunidad del envío de información estadística. (CG) **	30301Análisis del tiempo de espera por especialidad. (CG) **	20106Salud ocupacional. (CG) **	*20601Análisis de los costos con base en el Sistema de Información Gerencial(CG) **	
1. Número de consultorios (AFM)		20901Porcentaje de personas no aseguradas a las que se les brinda servicios de salud(CG)		
1. Disponibilidad del expediente (SCCE)		20304Certificación del estado de saneamiento básico y ambiental(CG) **		
3. Orden de los formularios (SCCE)		20401Análisis de la ejecución del presupuesto e incapacidades. (CG) **		
*Identificación de los formularios (SCCE)		*Gasto por programa, según cuenta presupuestaria (PAO)		

1. Disponibilidad del recurso humano??? (CHSS) **		*Costo por tipo de consulta (SIGE)		
2. Características físicas y arquitectónicas (CHSS) **		3. Utilización del recurso tiempo según producto (SIGE)		
3. Equipamiento (CHSS) **		4. Gastos de operación (SIGE)		
4. Distribución arquitectónica (CHSS) **		*Gasto según cuenta presupuestaria (SIEP) **		
5. Cumplimiento ley 7600 (CHSS) **		1. Listado de personas discapacitadas detectadas (CDD)		
6. Disponibilidad de materiales (CHSS)				
*Señalización de emergencias (CHSS) **				
*Equipo contra incendios (CHSS) **				
*Equipo de protección del personal (CHSS) **				
10. Manual para la prevención de enfermedades infectocontagiosas (CHSS) **				
12. Disponibilidad de normas y leyes (CHSS) **				

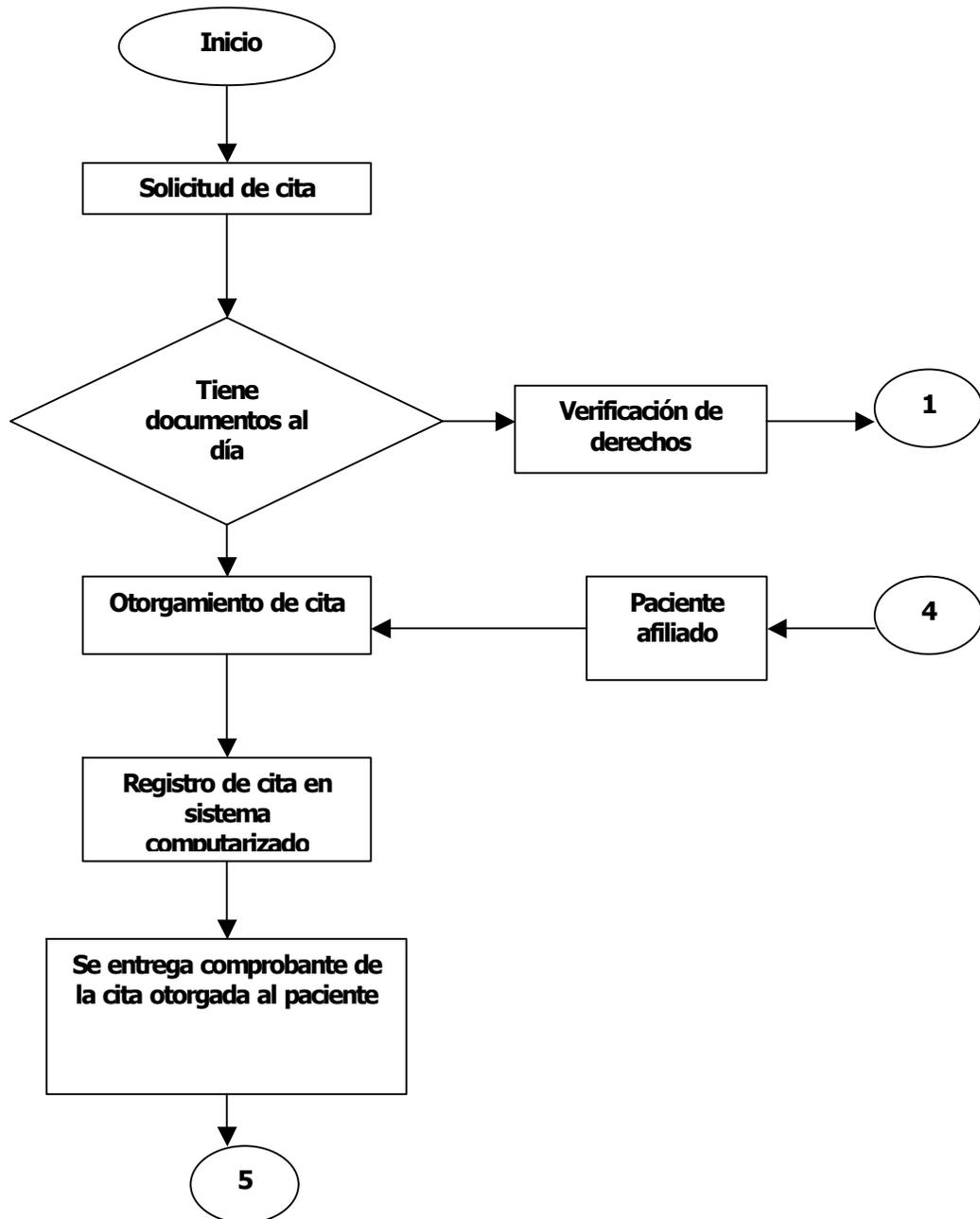
Resumen de anexos

Sistema de Control Analizado	Teoría de sistemas											Valoración		Existencia	
	Total	I. Insumo		I. Proceso		I. Producto		I. Resultado		I. Impacto		Riesgo		Estándar	
	Indicad.	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Avance Físico de Metas	6	1	16,7	0	0	5	83,3	0	0	0	0	5	83,3	5	83,3
Compromisos de Gestión	45	5	11,1	4	8,9	16	35,6	20	44,4	0	0	19	42,2	38	84,4
Plan Anual Operativo	26	0	0	0	0	8	30,8	18	69,2	0	0	23	88,5	23	88,5
Sistema Análisis Mortalidad Infantil	5	1	20,0	0	0	1	20,0	2	40,0	1	20,0	5	100,0	3	60,0
Control Inmunizaciones	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100	1	100
Sistema de Evaluación del Desempeño	16	0	0	15	93,8	1	6,3	0	0	0	0	16	100	16	100
Sistema de Información Gerencial	4	0	0	0	0	4	100	0	0	0	0	1	25	0	0
Control de Quejas	5	0	0	0	0	5	100	0	0	0	0	2	40	0	0
Informe Mayor Auxiliar de Presupuesto	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100	1	100
Control de Discapacidades	1	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sistema de Control de Calidad del Expediente	5	4	80	1	20	0	0	0	0	0	0	2	40	4	80
Control para la Habilitación de Servicios de Salud	13	13	100	0	0	0	0	0	0	0	0	4	30,8	13	100
Encueste de Satisfacción al Usuario	10	0	0	0	0	10	100	0	0	0	0	6	60	6	60
Informe Estadístico Mensual	14	0	0	0	0	14	100	0	0	0	0	0	0	0	0
Sistema de Vigilancia Epidemiológica	7	0	0	1	14,29	6	85,71	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	159	24	15,1	21	13,2	73	45,9	40	25,2	1	0,6	85	53,5	110	69,2

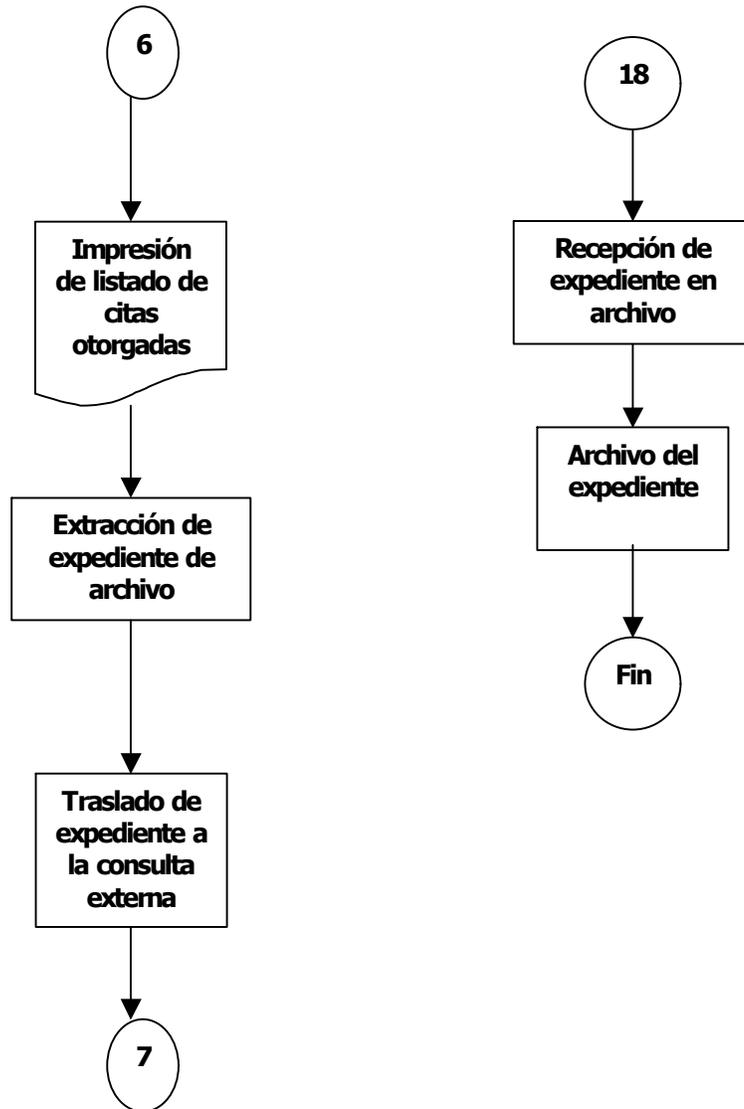
Fuente: Sistemas de Control, Clínica de Coronado

ANEXO 2: Flujograma del Servicio

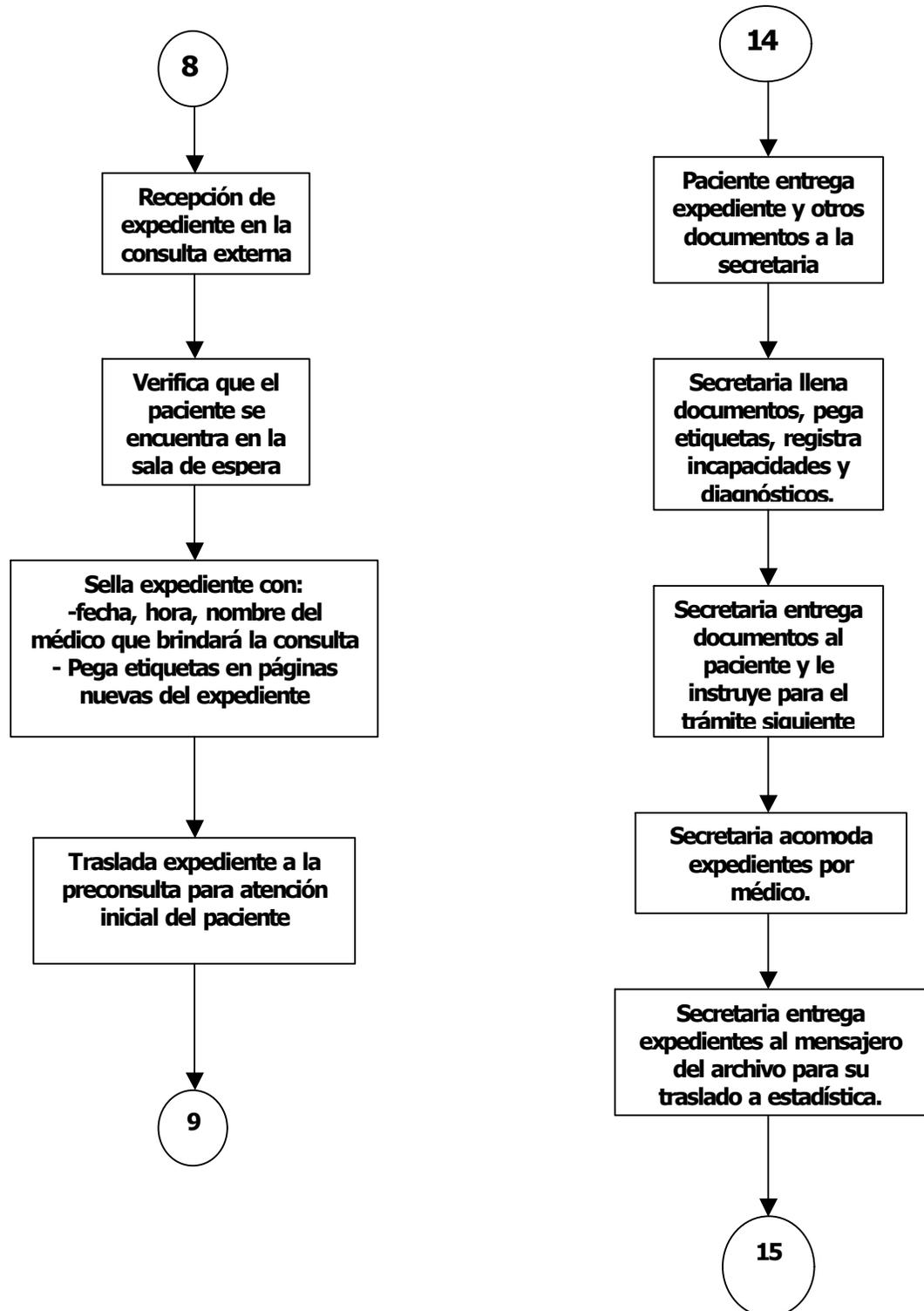
2.1 Subproceso de otorgamiento de citas



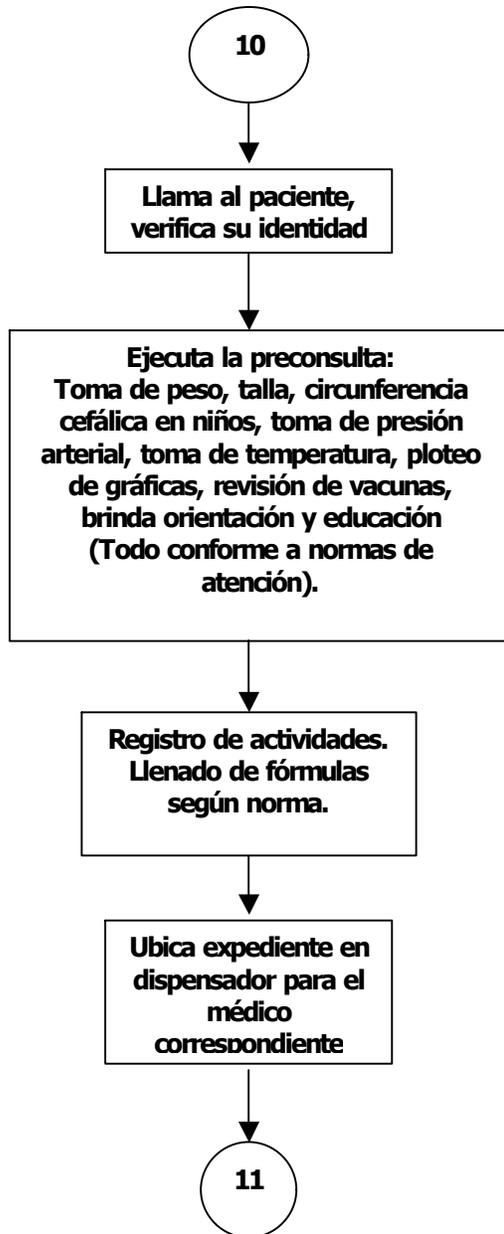
2.2 Subproceso de archivo



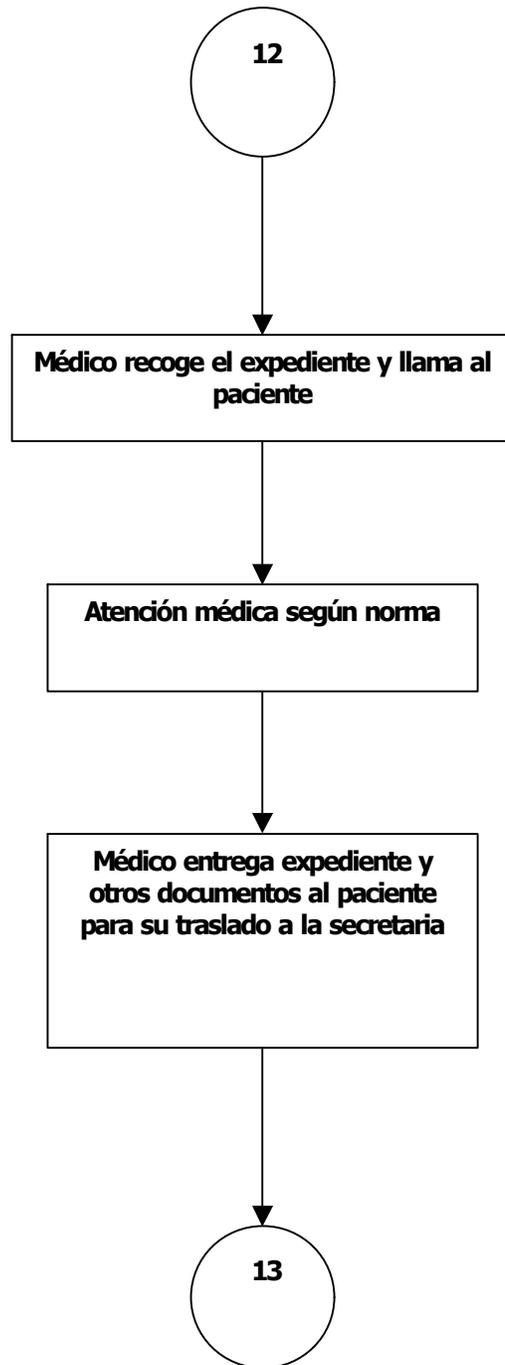
2.3 Subproceso de recepcionista



2.4 Subproceso de la preconsulta



2.5 Subproceso de atención médica



2.6 Subproceso de estadística

