

Instrumento para la supervisión de la asistencia médica

Instrument for the supervision of medical care

Sandra Nodal Trujillo¹ <https://orcid.org/0000-0002-2900-5089>

Giset Jiménez López^{2*} <https://orcid.org/0000-0001-9103-7172>

Yamilé González Hernández³ <https://orcid.org/0000-0002-4930-6401>

Nerea Inés Valdés Delgado¹ <https://orcid.org/0000-0001-9242-0456>

Carlos Manuel Pérez San Miguel⁴ <https://orcid.org/0000-0002-6082-6387>

Ismary Alfonso Orta² <https://orcid.org/0000-0002-0694-7022>

¹Dirección Municipal de Salud de Cumanayagua, Cienfuegos, Cuba.

²Centro para el Control Estatal de Medicamentos, Equipos y Dispositivos Médicos (CECMED). La Habana, Cuba.

³Policlínico "Aracelio Rodríguez Castellón". Cienfuegos, Cuba.

⁴Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: giset@cecmec.med.cu

RESUMEN

Introducción: Las organizaciones de salud deben lograr un eficiente control interno

de sus medios, servicios y recursos, y gestionar de forma permanente los riesgos. En el municipio Cumanayagua no existe un instrumento de medición específico para la actividad de asistencia médica que permita evaluar de forma sistemática los resultados de su gestión.

Objetivo: Diseñar un instrumento de medición para facilitar la supervisión sistemática del funcionamiento del control interno para la actividad de asistencia médica en Cumanayagua.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo cualitativo de las acciones de control reflejadas en el expediente de acciones de control de la Dirección Municipal de Salud Pública del Municipio de Cumanayagua, en el período comprendido entre enero y diciembre de 2018, desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud. Se diseñó un instrumento de medición para la supervisión de la asistencia médica, el cual se validó utilizando el método Delphi.

Resultados: Se diseñó un instrumento con *ítems* agrupados en torno a dos temas: experiencias en interés del buen funcionamiento del sistema de control interno en el sector de la salud y otro en el desempeño de los programas priorizados que comprenden la actividad de asistencia médica. La validación de expertos tuvo un 100 % de concordancia.

Conclusiones: El instrumento diseñado aportó una herramienta de trabajo válida y confiable, que justifica su uso y aplicación para la adecuada toma de decisiones, validada por expertos de forma satisfactoria.

Palabras clave: control interno; asistencia médica; programas de salud; supervisión sistemática; instrumento de medición; método Delphi.

ABSTRACT

Introduction: Health organizations must achieve efficient internal control of their means, services and resources, and permanently manage risks. In the

Cumanayagua municipality there is no specific measuring instrument for the medical assistance activity that allows the systematic evaluation of the results of its management.

Objective: To design and validate a measurement instrument to facilitate the systematic supervision of the internal control operation for the health care activity in Cumanayagua.

Methods: A descriptive observational study was carried out, which used the qualitative-inductive research method, of the control actions reflected in the control actions file, of the Municipal Directorate of Public Health of the Municipality of Cumanayagua, in the period included in January until December 2018, from the perspective of the National Health System. A measuring instrument was designed for the supervision of medical care and it was validated using the Delphi method.

Results: An instrument was designed with items grouped around two themes: experiences in the interest of the proper functioning of the Internal Control system in the Health Sector and another in the performance of the prioritized programs that comprise the medical assistance activity. Expert validation had 100% agreement.

Conclusions: The designed instrument provided a valid and reliable work tool, which justifies its use and application for the adequate and timely decision-making, satisfactorily validated by experts.

Keywords: internal control, medical assistance, health programs, systematic supervision, measuring instrument, Delphi method.

Recibido: 10/08/2023

Aceptado: 17/08/2023

Introducción

En las últimas décadas la mayoría de los países del mundo han asumido el estudio de la eficiencia como fundamento para la toma de decisiones respecto a la asignación de recursos para la prestación de servicios de salud y para la evaluación del desempeño. La necesidad de mejorar la calidad y elevar la eficiencia son preocupaciones crecientes en la sociedad actual.⁽¹⁾

La evaluación es la actividad más común del proceso administrativo. En el contexto de la atención en salud se le puede definir como el proceso sistemático y científico de determinación del grado de cumplimiento de una estructura y/o de una acción o un conjunto de acciones, y los resultados de salud obtenidos.⁽²⁾ Por su parte, el control interno es el proceso integrador de las operaciones con un enfoque de mejoramiento continuo, extendido a todas las actividades inherentes a la gestión.⁽³⁾

En 1992, tras varios años de trabajos y discusiones, se publicó el denominado informe del Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway (COSO, por sus siglas en inglés) sobre control interno, cuya redacción fue encomendada a Coopers & Lybrand, y difundido al mundo de habla hispana en asociación con el Instituto de Auditores Internos de España (IAI) en 1997, en el que se denominó Marco del Control Interno (COSO I). En 2004 se da a conocer la mejora con el Marco Integral de Riesgos (COSO II ERM), y para el año 2006 se da a conocer el Sistema de COSO III para pequeñas y medianas empresas.⁽⁴⁾ En América, el control interno ha sido objeto de investigación en organizaciones de salud; por ejemplo, en Colombia,⁽⁵⁾ Ecuador,^(6,7) Venezuela⁽⁸⁾ y Perú,⁽⁹⁾ donde se refiere al control interno en la gestión pública.

Cuba es un país afectado por el bloqueo económico impuesto por los Estados Unidos; sin embargo, es reconocido internacionalmente por los resultados

alcanzados en los indicadores de salud.^(iError! Marcador no definido.0) Por su parte, la estructura del gasto público en Cuba favorece la esfera social, especialmente en los sectores de la salud y la educación. En un análisis comparado con la región latinoamericana es de destacar cómo, a pesar de su bajo producto interno bruto (PIB) per cápita, Cuba tiene uno de los mayores gastos sociales por habitantes en la región.⁽¹⁰⁾

En Cuba el Estado regula, financia y presta los servicios de salud. Estos servicios operan bajo el principio de que la salud es un derecho social inalienable, lo que define al sistema de salud cubano como un verdadero Sistema Nacional de Salud (SNS). Es presupuestado, y por ello, una gestión eficiente es vital para distribuir los recursos en función de los mejores resultados.^(11,12) A nivel nacional este tema ha sido abordado en diferentes centros de salud y constan investigaciones realizadas en el período comprendido desde 2012 hasta 2018.^(13,14,15,16)

En Cienfuegos se han desarrollado diversos estudios de similar naturaleza, de manera que se ha investigado acerca de una evaluación del clima organizacional en el complejo hospitalario Gustavo Aldereguía Lima, en 2015, realizado por *Segredo y López*.⁽¹⁷⁾ Ese mismo año, *Martínez*⁽¹⁸⁾ ideó un sistema de control interno integrador para la Unidad Presupuestada de Atención al Nuevo Programa de Formación de Médicos Latinoamericanos y en 2016 una guía para medir los efectos de las auditorias.

En el municipio Cumanayagua consta la publicación de *Yera*,⁽¹⁹⁾ quien realizó una caracterización y diagnóstico del sistema de control interno municipal; *García*⁽²⁰⁾ diseñó una guía para la ejecución de la Auditoría de Gestión en la Dirección Municipal de Salud Pública (DMS) la cual midió economía, eficiencia y eficacia en áreas clave seleccionadas. En 2013 *Ojeda*⁽²¹⁾ calculó el impacto de esta tesis y evaluó los resultados cualitativos y cuantitativos por indicadores.

Si bien existen estudios relacionados con el tema a nivel internacional y en el país, no hay un instrumento de medición específico para la actividad de asistencia

médica que permita evaluar de forma sistemática los resultados de su gestión desde la Atención Primaria de Salud (APS), clave para lograr un nivel aceptable de salud para todos. El estudio tuvo como objetivo diseñar un instrumento de medición para la supervisión sistemática del control interno de la asistencia médica.

Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo y cualitativo, en el período comprendido entre enero y diciembre de 2018. Se clasificó como proyecto de desarrollo, por cuanto brinda nuevos conocimientos y la posibilidad de aplicar nuevas técnicas a partir de los estudios realizados sobre el tema. Una vez definido el problema se realizó una exhaustiva investigación bibliográfica; se accedió primero a las colecciones existentes en las revistas digitales que pertenecen al Ministerio de Salud Pública (MINSAP) por medio de internet. El universo estuvo conformado por 35 profesionales que integraron los grupos para el diseño y validación del instrumento de medición, y abarcó el 100 % de los programas que conforman la asistencia médica.

Para dar salida al objetivo propuesto se conformaron dos grupos: el grupo coordinador y el de expertos. El primero –conformado por 28 profesionales de la salud del territorio que pertenece a la APS–se encargó de diseñar el instrumento de medición; sus integrantes cumplieron con requisitos tales como: dominio del método Delphi, ser investigadores académicos con relación al tema a estudiar y tener gran facilidad de intercomunicación. Se seleccionó el grupo de expertos teniendo en cuenta los criterios de investigadores como *Cruz y Martínez*,⁽²²⁾ quienes señalan como necesario un mínimo de siete expertos, pero no más de 30. La elección del grupo de expertos la realizó el coordinador, y se tomó en

consideración la necesidad de contar con un equipo multidisciplinario que analizara desde distintos puntos de vista el instrumento diseñado.

Se diseñó un instrumento de evaluación para el monitoreo sistemático de asistencia médica a través del criterio de expertos utilizando el método Delphi, que se basó en lo establecido en la Resolución 60/2011⁽²³⁾ de la Contraloría General de la República (CGR) y la Ley 41/83 del MINSAP⁽²⁴⁾, que respaldan las normas y procedimientos del control interno y la organización de los servicios de salud en el país; constituyó una adaptación de la guía de autocontrol diseñada por la CGR. Este agrupó los ítems en torno a dos temas: uno referido a la experiencia en interés del buen funcionamiento del sistema de control interno en el sector de la salud y otro a las experiencias e interés en el desempeño de los programas priorizados que comprenden la actividad de asistencia médica.⁽²⁵⁾ Por su parte, el grupo de expertos tuvo como función validar el instrumento; para ello, se dividió en tres fases: preparatoria, consulta y consenso.

La fase preparatoria, a su vez, constó de tres partes: la primera fue la selección de expertos de acuerdo a profesión, cargo, años de experiencia, unidad de salud a la que pertenece. Para la determinación de la competencia de los expertos se utilizó la metodología basada en la autovaloración, por cada uno de los candidatos, de su dominio sobre el tema objeto de enjuiciamiento. Se denominó coeficiente K, el cual se calculó de acuerdo con la opinión del candidato sobre su conocimiento y fuentes que le permiten argumentar sus criterios.

El coeficiente K se calculó por la siguiente expresión: $K = 1/2 (K_c + K_a)$, donde K_c fue el coeficiente de conocimiento o información que tiene el experto acerca del problema calculado sobre la base de su propia valoración en una escala de 0 a 10 y multiplicado por 0,1 (dividido por 10). El experto marcó una cruz en la casilla que estimó pertinente, de modo que el valor "0" representó el conocimiento nulo, mientras que el "10" el pleno conocimiento de la referida problemática. De otra parte, K_a es el coeficiente de argumentación o fundamentación de los criterios del experto, determinado como resultado de la suma de los puntos alcanzados a partir

de una tabla patrón, donde a cada uno se le presentó sin cifras y se le orientó que marcara con una X sobre cuál de las fuentes influyó más en su conocimiento de acuerdo con los niveles alto (A), medio (M) y bajo (B). Posteriormente, se determinó el valor de Ka para cada aspecto y se clasificó la influencia en alta, media o baja para todas las fuentes.

A partir de los resultados obtenidos se ubicó la evaluación del experto según los datos que se ofrecen a continuación:

- $0.75 \leq K \leq 0.95 \rightarrow K \rightarrow$ nivel de competencia alto.
- $0.45 \leq K < 0.75 \rightarrow K \rightarrow$ nivel de competencia medio.
- $0 \leq K < 0.45 \rightarrow K \rightarrow$ nivel de competencia bajo.

Los que mostraron un nivel de competencia bajo no fueron contemplados en el, de acuerdo a los lineamientos publicados por *Rivera* y otros.⁽²⁶⁾

La segunda parte de la fase preparatoria fue la elaboración del instrumento: un cuestionario que se sometió a la consideración de los expertos y se ofreció la posibilidad de hacer alguna observación sobre cualquiera de los *ítems* planteados o proponer uno nuevo, el cual fue evaluado en una segunda ronda. La tercera parte fue la decisión por la vía de consulta, con la que se seleccionó la entrega directa del cuestionario a los expertos, lo cual resultó posible por el tamaño del panel y su fácil accesibilidad. El plazo máximo que se les dio para responder fue de diez días.

La fase de consulta constó también de tres partes: la primera fue la realización de las rondas de consulta, procesamiento estadístico sucesivo y retroalimentación de resultados basado en las respuestas. Una vez diseñado el instrumento por el grupo coordinador se realizaron dos rondas de consultas: la primera incluyó el primer contacto con los expertos para la entrega directa del cuestionario que explica la disponibilidad del autor para rectificar cualquiera de los *ítems* planteados o

proponer la modificación de los criterios propuestos, como los cambios de frase, la inclusión, exclusión o modificación de los criterios; en la segunda los expertos recibieron el cuestionario con las modificaciones acompañado de sus respuestas y de los resultados del análisis estadístico, a partir de aquí se le pidió que reevaluaran sus valoraciones.

Por último, para llegar a la tercera fase (de consenso) por los criterios de evaluación a través de expertos se utilizó la metodología de comparación de pares. En este caso se confeccionó una tabla en la cual los resultados a evaluar se encuentran ubicados tanto en sentido horizontal (*ítems*) como vertical (categorías seleccionadas). En ella se colocó el número que, a juicio del experto, refleja mejor el resultado objeto de evaluación. Las categorías (C) seleccionadas en este caso fueron cinco: muy adecuado (MA), bastante adecuado (BA), adecuado (A), poco adecuado (PA) y no adecuado (NA). A partir de la tabla anterior se construyó una tabla de frecuencia absoluta acumulada (Fa).

A partir de la tabla Fa se construyó otra de frecuencia relativa acumulada (Fr), para lo cual se dividió cada valor de la celda en la tabla anterior por el número de expertos ($m = 28$). La última columna se debe eliminar al tratarse de cinco categorías, toda vez que la última representa el total de expertos y se buscan los puntos de corte. Estos sirven para determinar la categoría o grado de adecuación de cada paso de la metodología según la opinión de los expertos consultados respecto a ellos.

Se buscó la imagen de cada uno de los valores de la tabla anterior por la inversa de la curva normal para obtener los puntos de corte y se dividió la suma de los valores correspondientes a cada columna (o categorías seleccionadas C1, C2.... en la tabla anterior) entre el número de aspectos evaluados (4). Se calculó el promedio (P) de cada aspecto, para lo cual se halló la suma de las imágenes en cada fila, para cada aspecto y se dividió en este caso por cuatro.

Se calculó la sumatoria de las cuatro columnas correspondientes, para calcular N, que es el cociente de esa sumatoria por el producto del número de categorías (5) y el número de aspectos; luego se calculó N-P, que es el valor promedio que otorgan los expertos consultados a cada paso de la metodología. Este resultado permitió calificar el *item* según su categoría y conocer el porcentaje de mayor consenso de los expertos en relación a la validez del cuestionario. Así, el grupo coordinador de la investigación estableció la estructura definitiva del instrumento de la siguiente manera:

- N-P = 0,15: MA
- N-P = 1,92: BA
- N-P = 3,90: A y PA, respectivamente.

Los datos se tabularon en hojas de cálculo Excel, se analizaron e interpretaron, lo que permitió la retroalimentación de resultados en el procesamiento de las respuestas, acompañado del análisis estadístico de la respuesta grupal. En el análisis, las comparaciones se realizaron a partir de los resultados del cuestionario aplicado, lo cual posibilitó finalmente establecer los resultados fundamentales, sacar conclusiones y ofrecer recomendaciones.

Desde el punto de vista ético, se tuvieron en cuenta los principios establecidos en la investigación de salud. Se obtuvo el consentimiento de la institución para desarrollar el trabajo y el aval del comité de ética de investigación y del consejo científico del Departamento de Docencia de la DMS. Los datos e información fueron utilizados con fines científicos, sin ánimo de perjudicar a las instituciones de salud y se mantuvo la confidencialidad de los expertos participantes.

Resultados

La primera propuesta para el diseño del instrumento de medición en primera versión se llamó Guía de Autocontrol de Asistencia Médica. Este estuvo compuesto por 146 aspectos a verificar, que se subdividieron en componentes y normas según la Resolución No. 60/2011,⁽²³⁾ y se incorporó en el componente "actividades de control" un subsistema para la evaluación de la subdirección de asistencia médica; se organizó cada aspecto por los departamentos que lo conforman y estos, a su vez, por cada uno de los programas de salud que se subordinan acorde a lo reglamentado en la Resolución 41/83 del MINSAP.⁽²⁴⁾

Al terminar la primera ronda el grupo coordinador revisó todas las sugerencias hechas por los expertos, lo que arrojó como resultado un grupo de consideraciones de orden cualitativo que favorecieron el ajuste y corrección de la guía en respuesta a la pregunta abierta incluida en el instrumento, que consistió en la inclusión o exclusión de aspectos necesarios para lograr el objetivo previsto de la investigación; se especificó que todas las proposiciones efectuadas corresponden al subsistema para la evaluación de la subdirección de asistencia médica con el fin de comprobar la necesidad de complementación de los *ítems*.

La mayor cantidad de aspectos a incorporar los tuvieron los departamentos de APS y Estomatología con cinco y tres, respectivamente. En los restantes programas se incorporaron uno o dos aspectos. En los departamentos de Programa Materno Infantil (PAMI), Estomatología y Docencia solo hubo aspectos a incorporar y nada a suprimir. Por último, los departamentos de Atención Primaria en Salud (APS), Adulto mayor y Medicamentos tuvieron un elemento para suprimir. El instrumento quedó finalmente estructurado en 157 aspectos, y se evalúa de forma cualitativa con respuestas dicotómicas de sí o no y están distribuidas por componentes y normas.

El mayor porcentaje de aspectos a verificar se correspondió con actividades de control (64 %), seguido por ambiente de control con 17 %. El 19 % restante se

distribuyó entre gestión y prevención de riesgos, información y comunicación, así como supervisión y monitoreo. El componente actividades de control representó el componente que más aspectos a evaluar consideró, ya que incluye el subsistema que se propone y, según la Resolución 60/2011⁽²³⁾ de la CGR, es ahí donde se establecen los procedimientos de control necesarios para gestionar y verificar la calidad de la gestión, para el cumplimiento de los objetivos y misión de la organización.

La novedad del instrumento radicó en los 83 ítems que se correspondieron con los programas de APS, donde se observó el programa de APS con un 31 % de los aspectos a evaluar, seguido de Docencia (22 %) y de Adulto Mayor (16 %). El resto lo componen los programas PAMI, Estomatología y Medicamentos que, en su conjunto, representaron el restante 31 %.

El programa de APS fue el que mayor representatividad tuvo en los aspectos a evaluar, debido a que se considera la base de los principios básicos de la salud pública en Cuba. Es ahí donde se trata de forma íntegra las determinantes sociales, económicas y ambientales, y se debe resolver el 80 % de los problemas de salud de la población; por ende, la mayor cantidad de recursos que se asignan son para los programas que lo conforman. El control a esta actividad favorece la eficiencia, eficacia y calidad, lo que posibilita una adecuada distribución y uso racional de los recursos financieros y que, a su vez, constituya el eje integrador de las demás estructuras que componen el SNS.

De los 28 expertos evaluados, 27 alcanzaron resultados satisfactorios de desempeño en los valores del coeficiente de competencia alto; solo uno obtuvo valoración de medio, por lo que se consideró el juicio del 100 % de los expertos estimados para estudiar, analizar, dar criterios válidos y confiables sobre el trabajo elaborado. Predominó el sexo femenino con un 78 %; los años de experiencia fluctuaron entre 10 y 37; el 100 % trabaja en la APS en unidades subordinadas a la DMS (policlínicos urbanos y rurales, clínicas estomatológicas y hogar de ancianos); el 79 % ostenta la categoría docente de profesor instructor o asistente;

el 71 % ocupa cargos de dirección; y el 29 % son asesores de los programas de asistencia médica.

Al presentar los resultados estadísticos tabulados en la segunda ronda y el cuestionario modificado a partir de los argumentos unificados de sus opiniones cualitativas, se obtuvo que el 100 % de los expertos mantuvo estabilidad de sus criterios al valorar las preguntas del cuestionario; consideraron que la estructura de los ítems que componen el cuestionario en la forma que están estructurados son suficientes para la investigación, razón por la cual no fue necesario realizar una nueva ronda.

En los resultados obtenidos a partir del análisis cuantitativo de las evaluaciones realizadas para obtener el grado de concordancia, se observa que toman valor en un rango del punto de corte cercano a -0,15 lo que indica que el 100 % de los aspectos se evalúan de MA; esto permite concluir que hay concordancia entre los expertos y que los indicadores son adecuados para otorgar validez y confiabilidad al instrumento (fig.).

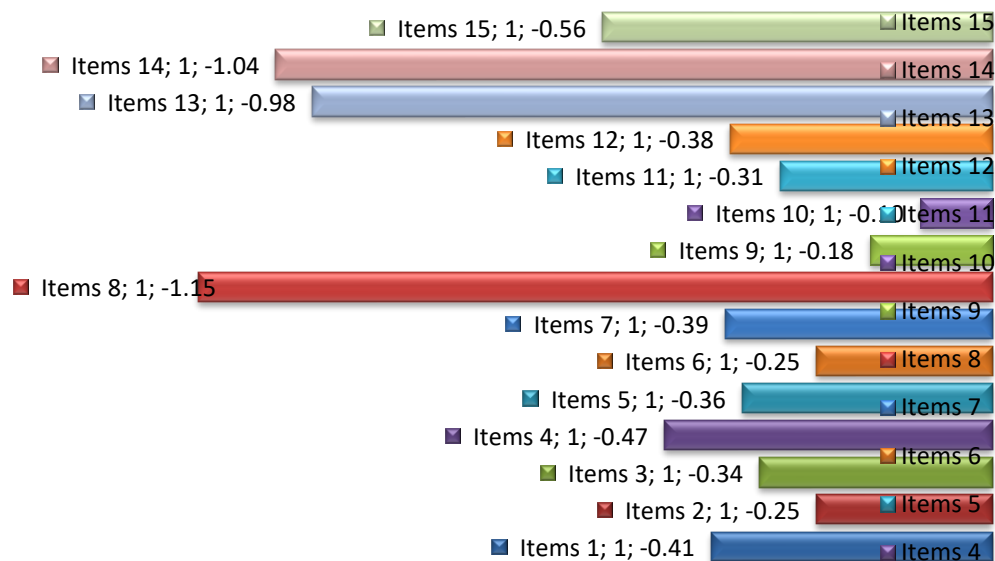


Fig. Grado de concordancia según puntos de corte.

Como se observa en la figura, sobresalieron los ítems 4, 8, 13, 14 y 15, lo que significa que existió, desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo, mayor estabilidad en los criterios relacionados con el instrumento, al concordar que éste constituye una necesidad para continuar perfeccionando el control interno atemperado al desarrollo económico-administrativo del país. Esto garantiza la sostenibilidad de los servicios de salud acorde a los lineamientos de la política económica y social del VII Congreso del PCC,⁽²⁵⁾ facilita la elaboración oportuna de planes de medidas para erradicar las deficiencias detectadas en el proceso del autocontrol, fortalece la actuación del Comité de Prevención y Control y conduce a la actualización del Plan de Prevención de Riesgos relacionado con la actividad de asistencia médica.

Discusión

Los resultados obtenidos coinciden con estudios realizados en Chile,⁽²⁷⁾ México,⁽²⁸⁾ Colombia⁽²⁹⁾ y Ecuador,⁽³⁰⁾ los cuales refieren que el diseño y construcción de un instrumento de medición en salud constituye un proceso complejo. En este confluyen múltiples disciplinas y metodologías, proveen guías operacionales y analíticas para construir medidas en salud que reflejen con mayor grado de validez y confiabilidad aquellas condiciones y percepciones subjetivas.

A nivel internacional consta el estudio realizado en España por *Blasco*,⁽³¹⁾ relacionado con la adaptación de un cuestionario aplicado al deporte, donde se emplea el método utilizado en la presente investigación, y en el que se obtuvieron resultados similares en cuanto al consenso de sus expertos y la estabilidad de sus criterios.

En Brasil, *Teixeira*⁽³²⁾ utiliza la técnica Delphi para validar una nueva herramienta para la evaluación de estructura y proceso del Servicio de Atención a la Salud. Dicho estudio utiliza técnicas y procedimientos metodológicos de adaptación; los resultados fueron efectivos en la aprobación de los instrumentos de medida y concuerdan que son adecuados y flexibles para ser aplicados.

Por otra parte, constan estudios en Chile,⁽³³⁾ Perú,⁽³⁴⁾ Colombia⁽³⁵⁾ y México^(36,37,38) realizados en instituciones de salud relacionadas con la APS, nivel de vulnerabilidad de trabajadores de salud, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, que concuerdan con el criterio de la autora de que la validación de instrumentos sólidos contribuye a la identificación e intervención de los factores de vulnerabilidad del sector, son efectivos para estimar la prevalencia de enfermedades y su aplicación en futuras investigaciones que permitan consolidarlo como una opción válida para su propósito.

Se concluye que el instrumento de medición diseñado para la supervisión sistemática del funcionamiento de control interno de asistencia médica, aportó una herramienta de trabajo válida y confiable, lo que justifica su uso y aplicación en el ámbito investigativo para la adecuada y oportuna toma de decisiones.

El componente más abarcador fue actividades de control y el programa con más aspectos a evaluar el de APS, por lo que se dispone de información oportuna relacionada con los indicadores de cada programa, para la solución de las problemáticas que afectan la calidad y eficiencia de los servicios que se prestan, así como un mejor control, distribución y uso racional de los recursos y/o bienes materiales de que se dispone.

La validación del instrumento de medición tuvo un alto grado de concordancia y criterios favorables por parte de los expertos. Se obtuvo la evaluación de Muy Adecuado según el consenso de estos con el máximo grado de correspondencia, lo que posibilita su aplicación inmediata en el territorio.

Referencias bibliográficas

1. Rodríguez I, García A, García G. Eficiencia técnica de clínicas del Centro Internacional de Restauración Neurológica. Rev Cubana Salud Pública. 2016 [acceso 23/12/2018];42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000100003
2. Cabañas R. Evaluación de la Atención de la Salud. Revista médica hondureña. 1994 [acceso 23/12/2018];62(1). Disponible en: <https://revistamedicahondurena.hn/assets/Uploads/Vol62-1-1994-7.pdf>
3. Quinaluisa NV, Ponce VA, Muñoz SC, Ortega XF, Pérez JA. El control interno y sus herramientas de aplicación entre COSO y COCO. Cofin. 2018 [acceso 23/12/2018];12(1):268-83. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2073-60612018000100018
4. Auditoría sistemas de Información. 2015 [acceso 23/12/2018]. Disponible en: <http://auditoriasijuand.blogspot.com/2015/09/resumen-descriptivo-coso.html>
5. Trujillo DF. Perspectivas del control interno en el sector de la salud del siglo XXI: El caso de las Redes Integradas de salud. 2014 [acceso 23/12/2018]. Disponible en: <https://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/12208>
6. Vivanco, ME. Los manuales de procedimientos como herramientas de control interno de una organización. Revista Universidad y Sociedad. 2017 [acceso 23/12/2018];9(3):247-52. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2218-36202017000300038&script=sci_abstract
7. Carmenate VM, González VE, Fuentes D. Manual de procedimiento para el control interno en la universidad metropolitana. Revista Universidad y Sociedad.

2017 [acceso 23/12/2018];9(1):60-65. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2218-36202017000100008

8. Gil A., Heidys C. Sistema de estructuración integral de control interno para el área de inventario del sector fabricante de carrocerías ubicado en el estado Aragua. 2015 [acceso 23/12/2018]. La Morita: universidad de Carabobo. Facultad de ciencias económicas y sociales. Área de estudios de postgrado. Disponible en:
<http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/2531/HGIL.pdf?sequence=1>

9. Cocha LN. Control Interno en la Gestión Pública. El Caso en una entidad del Estado, año 2017. [Tesis]. 2018 [acceso 23/12/2018]. Lima, Perú. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/13476/Cocha_ZLN.pdf?sequence=1&isAllowed=y

10. Doimeadiós Y, Rodríguez E. Un análisis comparado de eficiencia y eficacia en el sector público en Cuba. Economía y Desarrollo. 2015 [acceso 23/12/2018];155(2):44-59. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0252-85842015000300004

11. Ramírez F, Ramos Y, Petersson M, Ramírez JA, García E. ¿Eficiente administración sanitaria? Caso Clínica Estomatológica. Rev. Med. Electrón. 2014 [acceso 23/12/2018];36(2):160-70. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000200005

12. Massip C, Ortiz RM, Llantá MC, Peña M, Infante I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev Cubana Salud Pública. 2008 [acceso 23/12/2018];34(4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013&lng=es.

13. Vega LO, Lao YO, Nieves AF. Propuesta de un índice para evaluar la gestión del control interno. Contaduría y administración. 2017 [acceso 23/12/2018];62(2):683-98. Disponible en: <http://www.cya.unam.mx/index.php/cya/article/view/940/1104>
14. Vega LO, Tapia II. Contribución a la implantación del control interno a través de sus variables activas en una entidad hospitalaria. Rev. Med. Electrón. 2018 [acceso 23/12/2018];40(1):13-24. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000100003&lng=es.
15. López A, Martín NM, Hurtado D, Vega JL. Plan de acciones para desarrollar de manera eficaz el control interno en las unidades presupuestadas de la salud en Cuba. Observatorio de la Economía Latinoamericana. [acceso 23/12/2018]. Disponible en: <https://www.eumed.net/cursecon/ecolat/cu/2012/csbv.pdf>
16. Antúnez VI, Fernández MV, Delgado M. Calidad, medio ambiente, seguridad y salud, y control interno en el contexto económico actual: diagnóstico de un laboratorio farmacéutico cubano. Cofin. 2017 [acceso 23/12/2018];11(1):1-12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2073-60612017000100017&lng=es&tlng=es
17. Segredo AM, López P. Evaluación del clima organizacional en el complejo hospitalario Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, 2015. INFODIR. 2016 [acceso 23/12/2018];23. Disponible en: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/201>
18. Martínez L, Godoy M, Varela N. Medir los efectos de las auditorías, tarea primordial. Revista Universidad y Sociedad. 2016 [acceso 23/12/2018];8(2):49-56. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202016000200006&lng=es&tlng=es
19. Yera A. Caracterización y diagnóstico del sistema de control interno en los puntos de venta Cumanayagua. Revista Observatorio de la Economía

Latinoamericana. 2015 [acceso 23/12/2018]. Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/cu/2015/diagnostico.html>

20. García M. Auditoría de Gestión en la Dirección Municipal de Salud Pública de Cumanayagua, [Tesis]. Cumanayagua, Cienfuegos, 2012.

21. Ojeda M. Impacto de Auditoria de Gestión en la Dirección Municipal de Salud Pública de Cumanayagua. [Tesis]. Cumanayagua, Cienfuegos, 2013.

22. Cruz M, Martínez MC. Perfeccionamiento de un instrumento para la selección de expertos en las investigaciones educativas. Revista electrónica de investigación educativa. 2016 [acceso 23/12/2018];14(2):167-79. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412012000200012&lng=es&tlng=es

23. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Ministerio de Justicia. Contraloría General de la República. Resolución 60/2011. Normas del Sistema de Control. 3 de marzo de 2011 [acceso 23/12/2018];año cix(13):39. Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/es/gaceta-oficial-no-13-extraordinaria-de-2011>

24. Ley No. 41 de la Salud Pública. Asamblea Nacional del Poder Popular Cuba. 1983 [acceso 23/12/2018]. Disponible en: <http://juriscuba.com/legislacion-2/leyes/ley-no-41-de-la-salud-publica/>

25. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2016 - 2021, 7mo Congreso del Partido. Asamblea del Poder Popular. 2017. [acceso 23/12/2018]. Disponible en: <http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Lineamientos%202016-2021%20Versi%C3%B3n%20Final.pdf>

26. Rivera GL, Orellana JE, Barzola VM, Cedeño LA, Merchán SG, Villamar YG, et al. Validación de una estrategia educativa mediante el método de criterio de expertos o Delphi pp. Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina. 2023 [acceso

23/12/2018];(11);3:531-46. Disponible en:

<https://revistas.uh.cu/revflacso/article/view/7894/6701>

27. Alarcón M, Ana M, Muñoz NS. Medición en salud: Algunas consideraciones metodológicas. Rev. Méd. Chile. 2008 [acceso 21/01/2019];136(1):125-30. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000100016

28. Cruz A. Metodología para la construcción de instrumentos de medición en salud. Medigraphic. 2017 [acceso 21/01/2019];26(3):100-5. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2017/al173d.pdf>

29. Vélez C, Giraldo A. Instrumentos para la evaluación de la atención primaria de salud: una revisión narrativa. Enferm. Glob. 2015 [acceso 21/01/2019];14(39):328-41. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000300016&lng=es.

30. Gallegos M, Mazacon B, Troncoso L. Diseño y validación del cuestionario U-Plan Med para identificación del uso de plantas medicinales en Babahoyo, Ecuador. An. Fac. Med. 2016 [acceso 21/01/2019];77(3):207-12. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000300002&lng=es

31. Blasco JE. Validación mediante método Delphi de un cuestionario para conocer las experiencias e interés hacia las actividades acuáticas con especial atención al windsurf. Ágora para la EF y el deporte. 2010 [acceso 21/01/2019];12(1):75-96. Disponible en: https://www5.uva.es/agora/revista/12_1/agora_12_1d_blasco_et_al.pdf

32. Teixeira J. Validación de un instrumento para evaluación de servicios de atención a la salud de la persona ostomizada. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016 [acceso 21/01/2019];24: e2825. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/XqLsFC8qWB6Yj5jb3bXQy7g/?lang=es>

33. Guerrero R, Capó JR, López A. Modelación estadístico-matemática aplicada al seguimiento de egresados de carreras de perfil técnico agropecuario. *Revista Ciencias Técnicas Agropecuarias*. 2016 [acceso 21/01/2019];25(4):55-63. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-00542016000400007
34. Paico C, Polo A, Díaz G, Díaz C. Validación y desarrollo del instrumento: Nivel de conocimientos en diagnóstico y tratamiento sobre dengue en médicos de la región Lambayeque. *Acta Méd. Peruana*. 2012 [acceso 21/01/2019];29(3):143-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172012000300003&lng=es
35. Bolívar E, Villanueva A. Validación y confiabilidad del Cuestionario AQ-27 de actitudes estigmatizadoras hacia pacientes con esquizofrenia en un Hospital General–2015. *Rev Neuropsiquiatr*. 2017 [acceso 21/01/2019];80(3) Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n3/a03v80n3.pdf>
36. Cruz ÓA, Muñoz AI. Validación de instrumento para identificar el nivel de vulnerabilidad de los trabajadores de la salud a la tuberculosis en instituciones de salud (IVTS TB-001). *Med. Secur. Trab*. 2015 [acceso 21/01/2019];61(241):448-67. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2015000400004&lng=es.
37. Aguilar G, Ávila SA, García JJ, Validez E. Confiabilidad del cuestionario del ENASEM para la depresión en adultos mayores. *Salud Pública de México*. 2007 [acceso 21/01/2019];49(4):256-62. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6763/8478>
38. Salvador M. Construcción y validación de un instrumento para medir la satisfacción de los pacientes del primer nivel de atención médica en la Ciudad de México. *Gac Med Mex*. 2016 [acceso 21/01/2019];152:43-50 Disponible en: https://www.anmm.org.mx/GMM/2016/n1/GMM_152_2016_1_043-050.pdf

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses de ningún tipo.

Contribución de los autores

Conceptualización: Sandra Nodal Trujillo, Giset Jiménez López, Nerea Inés Valdés Delgado, Carlos Manuel Pérez San Miguel, Ismary Alfonso Orta.

Curación de datos: Sandra Nodal Trujillo.

Análisis formal: Sandra Nodal Trujillo, Giset Jiménez López, Nerea Inés Valdés Delgado.

Investigación: Sandra Nodal Trujillo, Giset Jiménez López, Nerea Inés Valdés Delgado.

Metodología: Sandra Nodal Trujillo, Giset Jiménez López, Nerea Inés Valdés Delgado.

Administración del proyecto: Sandra Nodal Trujillo, Yamilé González Hernández.

Supervisión: Giset Jiménez López, Nerea Inés Valdés Delgado, Carlos Manuel Pérez San Miguel, Ismary Alfonso Orta.

Validación: Sandra Nodal Trujillo, Yamilé González Hernández.

Visualización: Giset Jiménez López, Nerea Inés Valdés Delgado.

Redacción – borrador original: Sandra Nodal Trujillo, Giset Jiménez López, Nerea Inés Valdés Delgado.

Redacción – revisión y edición: Sandra Nodal Trujillo, Giset Jiménez López, Yamilé González Hernández, Nerea Inés Valdés Delgado, Carlos Manuel Pérez San Miguel, Ismary Alfonso Orta.