

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO



ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN PROJECT MANAGEMENT

**LA GESTIÓN POR PROCESOS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD ASISTENCIAL
PERCIBIDA POR EL USUARIO EXTERNO DEL DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA, 2013.**

“Tesis presentada en cumplimiento parcial de los requerimientos para el Grado Académico de
Magíster en Project Management”

Evelyn Yanet Facho Bautista

Asesora: Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez

**Cajamarca - Perú
Setiembre - 2014**

COPYRIGHT © 2014 by
EVELYN YANET FACHO BAUTISTA
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO

ESCUELA DE POSGRADO

APROBACIÓN DE MAESTRÍA

**LA GESTIÓN POR PROCESOS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD ASISTENCIAL
PERCIBIDA POR EL USUARIO EXTERNO DEL DEPARTAMENTO DE GINECO
OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA, 2013.**

Presidente: _____

Secretario: _____

Vocal: _____

Asesor: _____

A:

Mis padres María y Wilmer, que siempre estuvieron guiándome y velando por que cumpliera todas mis metas y objetivos propuestos hasta ahora.

Agradecimiento

Primeramente a Dios por habernos dado la vida y la oportunidad de servir, por seguir ayudándonos a pesar de los múltiples traspiés.

A mi asesora, Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez, por su permanente dirección, disposición, sugerencias y aportes a la presente investigación.

A los profesionales y usuarios externos del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, por su invaluable aporte.

Mi más profundo y sinceros agradecimiento a la Escuela de Post Grado de la Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, por albergarme en esta segunda etapa de perfeccionamiento profesional.

Y, expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas e instituciones que han mostrado interés y apoyo en la elaboración y conclusión de esta investigación.

Resumen

La gestión por procesos y su relación con la calidad asistencial percibida por el usuario externo del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, es un trabajo motivado para conocer, estudiar y relacionar la realidad del departamento, considerando que su responsabilidad es gestionar los servicios que brinda a la población femenina en situación de alto riesgo que demanda atención integral de salud de alta especialización; decidiéndose investigar: “¿Cuál es la relación entre la Gestión por Procesos y la Calidad Asistencial percibida por el usuario externo del Departamento de Gineco Obstetricia del H.R.C, 2013?” Siendo el objetivo general analizar la relación entre la gestión por procesos y la calidad asistencial percibida; según los procesos y la satisfacción global del usuario externo. El tipo de investigación es descriptivo, transversal y correlacional; la muestra estuvo constituida por 58 usuarios externos (pacientes) y 29 usuarios internos (profesionales). Se utilizó como instrumento la Escala Multifactorial SERVQUAL para medir calidad de atención y un cuestionario estructurado validado para medir la implementación de los procesos de gestión. Se concluyó que la correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral) entre los procesos de gestión y la calidad asistencial percibida por el usuario externo, que es no satisfactoria (84.67%). Evaluada considerando los procesos estratégicos, operativos y de soporte y las dimensiones de fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía, y aspectos tangibles. Se recomienda mejorar la implementación de los procesos de gestión para que se desarrollen satisfactoriamente, esto influye directamente en la calidad asistencial percibida por el usuario externo, con la finalidad de alcanzar estándares de excelencia en la prestación que se brinda a la población.

Palabras claves: Procesos de Gestión, Calidad Asistencial Percibida, Usuario Externo, Dimensiones de la Calidad, Departamento de Gineco Obstetricia.

Abstract

Process management and its relationship to health care quality perceived by external user of the Department of Gynecology and Obstetrics, Regional Hospital of Cajamarca, it is a work motivated for to know, to study and to relate the Cajamarca reality, considering that their responsibility is to manage services offering to the female population, at high risk, which demand comprehensive health care highly specialized; how it is implementing process management? and the perception of the health care quality of the external user, deciding to investigate, What is the relationship between Process Management and Quality Care perceived by the external user of the Department of Obstetrics and Gynecology HRC-2013? as the general objective to analyze the relationship between process management and perceived health care quality; according processes and external user complete satisfaction. The type research is descriptive, cross-sectional and correlational; the sample consisted of 58 external users (patients) and 29 internal users (professionals). Was used as instrument the Multifactorial SERVQUAL Scale to measure quality of care and a structured questionnaire validated for measuring implementation of management processes. It was concluded that correlation is significant at the 0.01 level (bilateral) between management processes and the health care quality received by the external user, which is not satisfactory (84.67%). Evaluated considering the strategic, operational and support processes and the dimensions of reliability, responsiveness, assurance, empathy, and tangibles aspects. It is recommended to improve the implementation of management processes for it will develop successfully, the health care quality received by external user would be successful, in order to achieve standards of excellence in the provision gives the population.

Key words: Process Management, Healthcare Perceived Quality, External User, Dimensions of Quality, Department of Obstetrics and Gynecology.

Listado de Tablas	Pag.
◆ Tabla 1. Aseveraciones del Modelo de Parasaraman, Zeithmal y Berry	28
◆ Tabla 2. Principales indicadores sociodemográficos	103
◆ Tabla 3. Recurso Humano del D.G-O del H.R.C. 2013.	104
◆ Tabla 4. Camas por Servicios en el H.R.C. 2013	105
◆ Tabla 5. Determinación de la Muestra	115
◆ Tabla 6. Edades, tiempo de servicio y género del usuario interno del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital	129
◆ Tabla 7. Grado de conocimientos del usuario interno sobre gestión por procesos en el Departamento de Gineco obstetricia	132
◆ Tabla 8. Grado de motivación del usuario interno del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de	134
◆ Tabla 9. Relación entre Gestión por Procesos y Calidad Asistencial Percibida por el Usuario Externo del D.G-O del	192
◆ Tabla 10. Correlación de Pearson y Rho Spearman entre Gestión por Procesos y Calidad Asistencial Percibida por el	195
◆ Tabla 11. Dimensiones de la Calidad Asistencial	229
◆ Tabla 12. Global de Dimensiones	230
◆ Tabla 13. Porcentaje de respuestas del Usuario Interno frente a los Procesos Estratégicos de Gestión Externa en el	235
◆ Tabla 14. Porcentaje de respuestas del Usuario Interno frente a los Procesos Estratégicos de Gestión Interna en el	236
◆ Tabla 15. Porcentaje de respuestas del Usuario Interno frente a los Procesos Estratégicos, ¿se cumplen las etapas de la gestión	237
◆ Tabla 16. Porcentaje de respuestas del Usuario interno frente a los Procesos de soporte. Departamento de Gineco Obstetricia	238
◆ Tabla 17. Porcentaje de respuestas del Usuario interno frente a los Procesos Operativos. Departamento de Gineco Obstetricia	239

Lista de Gráficos	Pag.
♦ Gráfico 1. Rendimiento hora/médico en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013.	106
♦ Gráfico 2. Procesos Estratégicos de Gestión Externa, porcentaje de usuarios internos satisfechos. Estándar >60%.	138
♦ Gráfico 3. Procesos Estratégicos de Gestión Interna, porcentaje de usuarios internos satisfechos. Estándar >60%.	144
♦ Gráfico 4. Procesos Estratégicos que cumplen con las etapas de la gestión hospitalaria. Estándar >60%.	147
♦ Gráfico 5. Procesos de soporte, porcentaje de usuarios internos satisfechos. Estándar >60%.	156
♦ Gráfico 6. Procesos Operativos, porcentaje de usuarios internos satisfechos. Estándar >60%.	160
♦ Gráfico 7. Grado de instrucción de los usuarios externos del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013.	170
♦ Gráfico 8. Tipo de Seguro de los usuarios externos del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013.	171
♦ Gráfico 9. Calidad Asistencial percibida por el Usuario Externo atendido en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013. Dimensión: Fiabilidad	173
♦ Gráfico 10. Calidad Asistencial percibida por el Usuario Externo atendido en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013. Dimensión: Capacidad de respuesta	176
♦ Gráfico 11. Calidad Asistencial percibida por el Usuario Externo atendido en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013. Dimensión: Seguridad	178
♦ Gráfico 12. Calidad Asistencial percibida por el Usuario Externo atendido en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013. Dimensión: Empatía	181
♦ Gráfico 13. Calidad Asistencial percibida por el Usuario Externo atendido en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013. Dimensión: Aspectos Tangibles	184
♦ Gráfico 14. Calidad Asistencial percibida por el Usuario Externo atendido en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013.	185

Lista de figuras

Lista de Figuras	Pag.
♦ Figura 1. Modelo de Parasuraman, Zeithmal y Berry	27
♦ Figura 2. Modelo Ampliado de la calidad del servicio	30
♦ Figura 3. Modelo de calidad de Grönroos.	32
♦ Figura 4. Modelo de calidad de servicio de Bitner	34
♦ Figura 5. Elementos del Proceso	38
♦ Figura 6. Gestión por Procesos	39
♦ Figura 7. Arquitectura de un proceso	42
♦ Figura 8. Sistema de Gestión por Procesos	44
♦ Figura 9. Propuesta acerca de las dimensiones que integral la calidad asistencial	57
♦ Figura 10. Dimensiones de la calidad y su valor	66
♦ Figura 11. Ciclo de Deming – PDCA	69
♦ Figura 12. Las Áreas de Conocimiento del PMBOK	76
♦ Figura 13. Sistema de Gestión de la Calidad	79
♦ Figura 14. Componentes del Modelo de Gestión Hospitalaria.	86
♦ Figura 15. Gestión por procesos.	189
♦ Figura 16. Relación entre Gestión por Procesos y Calidad Asistencial Percibida	191

INDICE

Dedicatoria

Agradecimiento

Resumen

Abstract

ÍNDICE

LISTA DE TABLAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE FIGURAS

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1. Planteamiento del Problema.....	4
1.1 Descripción de la Realidad Problemática.....	4
1.2 Definición del Problema.....	10
1.3 Objetivos.....	11
1.3.1 Objetivo General.....	11
1.3.2 Objetivos específicos.....	11
1.4 Justificación e Importancia.....	12
1.5 Hipótesis.....	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	15
2. Fundamentos teóricos de la investigación.....	15
2.1 Antecedente de la investigación.....	15
A nivel internacional.....	15
A nivel nacional.....	18

A nivel local.....	21
2.2 Bases Teóricas.....	22
2.2.1 Teorías de la Calidad.....	22
1. Edward Deming.....	22
2. Joseph Muran.....	23
3. Kaoru Ishikawa.....	23
4. Philip B. Crosby.....	24
5. Avedis Donabedian.....	25
2.2.2 Modelos de Calidad Asistencial Percibida.....	26
a. Modelo de Parasuramam, Zeithmal y Berry.....	26
b. Modelo ampliado de calidad de servicio de Zeithmal, Berry y Parasuraman.....	28
c. Modelo de calidad de Grönroos.....	31
d. El modelo de Gestión del Producto-Servicio: la Oferta de Servicios Incrementada de Grönroos.....	32
e. El modelo de calidad de servicio de Bitner.....	32
2.3 Bases Conceptuales.....	34
2.3.1 Gestión por procesos.....	34
A. Procesos.....	34
B. Gestión por procesos.....	37
B.1 Diseño de la gestión por procesos.....	40
B.2 Tipos de procesos de gestión.....	41
2.3.2 Calidad.....	44

2.3.3 La gestión por Procesos y la calidad asistencial percibida por el usuario externo.....	67
2.3.4 Gestión de la Calidad PMBOK.....	71
2.4 Modelo de Gestión Hospitalaria – Normatividad del MINSA.....	76
2.4.1 Lineamientos de Política de la Gestión Hospitalaria.....	80
2.4.2 Definición del Modelo de Gestión Hospitalaria.....	83
2.4.3 Niveles del Modelo de Gestión Hospitalaria.....	83
2.4.4 Componentes del Modelo de Gestión Hospitalario.....	84
2.4.4.1 Gestión Administrativa.....	85
2.4.4.2 Gestión Clínica.....	89
2.4.5 Procesos del Componente de Gestión Clínica.....	92
2.5 Marco Institucional.....	95
2.5.1 Hospital Regional de Cajamarca.....	95
1. Reseña histórica.....	95
2. Misión.....	96
3. Visión.....	96
4. Denominación de la institución.....	97
5. Naturaleza.....	97
6. Objetivos funcionales.....	99
7. Departamento de Gineco Obstetricia	100
7.1 Diagnostico Situacional.....	102
CAPÍTULO III: MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	109
3.1 Diseño y Tipo de Investigación.....	109
3.2 Área de Investigación.....	110

3.3 Población.....	111
3.4 Muestra.....	112
Selección de la muestra.....	112
Tamaño de la Muestra.....	113
Unidad de Análisis.....	114
3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	115
3.5.1 Descripción de instrumentos.....	116
a. Instrumento 1. Encuesta para Profesionales.....	116
b. Instrumento 2. Encuesta para usuario externo del servicio.....	116
c. Instrumento 3. Guía de entrevista.....	118
d. Instrumento 4. Lista de cotejo.....	119
3.5.2 Validación de instrumentos.....	119
3.5.3 Aplicación de Instrumentos.....	120
3.6 Técnicas para el procesamiento y análisis de datos.....	121
3.7 Aspectos éticos de la investigación.....	124

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Gestión por Procesos en el D.G-O.....	128
4.1.1 Caracterización de los usuarios internos del D.G-O.....	128
4.1.2 Procesos Estratégicos.....	136
4.1.3 Procesos de Soporte.....	154
4.1.4 Procesos Operativos.....	159
4.2 Calidad Asistencial desde la perspectiva de usuario externo.....	168
4.2.1 Caracterización del usuario externo del Servicio de Gineco	169

4.2.2 Dimensiones de la Calidad Asistencial.....	172
4.3 Gestión por Procesos y calidad asistencial desde la perspectiva del Usuario Externo del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca.....	187
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	197
5.1 Conclusiones.....	197
5.2 Recomendaciones.....	199
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	201
NORMATIVIDAD.....	207
GLOSARIO.....	209
ANEXOS.....	210
ANEXO 1. Encuesta a Profesional	210
ANEXO 2. Encuesta al Usuario Externo.....	214
ANEXO 3. Guía de Entrevista.....	217
ANEXO 4. Lista de Cotejo.....	218
ANEXO 5. Aplicativo Excel (Base de datos).....	224
ANEXO 6. Base de datos Excel – Encuesta a usuario interno	225
ANEXO 7. Determinación de la confiabilidad.....	226
ANEXO 8. Tabla de Resultados: Dimensiones de la Calidad Asistencial.....	228
ANEXO 9: Resultados Globales de dimensiones.....	229
ANEXO 10: Operacionalización de Variables.....	230
ANEXO 11: Tabla de resultados de la Encuesta a usuario interno.....	234
Continua de la Calidad.....	219

INTRODUCCIÓN

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) tiende a instaurar en un futuro un modelo de seguridad social universal e inclusivo, reconociendo la Salud, como un derecho fundamental que el estado debe garantizar para toda la población, sin ninguna discriminación; estos nuevos lineamientos rigen el actual modelo del Sistema Nacional de Salud en cumplimiento a la Resolución Suprema N° 001-2013-SA, para la Reforma del Sector (MINSA, 2013) donde a la vez se plantea el enfoque de análisis del proceso salud-enfermedad basado en las determinantes sociales, actual marco conceptual del Modelo de Atención Integral de Salud y tiene la finalidad de lograr calidad de vida de la persona a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud, en un entorno saludable.

En este sentido, el MINSA, en el ejercicio de su función rectora elaboró un “Modelo de Gestión Hospitalaria” con el objetivo de disponer de un marco conceptual y operativo que defina la forma de regular la gestión en estas instituciones, a fin de asegurar un efectivo desempeño para responder a las necesidades sanitarias y expectativas de la población y contribuir a mejorar la calidad de atención en los establecimientos de salud del segundo y tercer nivel; por ende debe ser el eje sobre el cual se constituya la estructura organizativa y dinámica de los establecimientos, sin descuidar la cultura organizacional.

A pesar de los esfuerzos realizados por encontrar un norte que oriente la calidad de atención de salud, los resultados de las propuestas implementadas no son

alentadores por diversas razones, entre ellas, tenemos: los procesos de gestión no responden a los objetivos institucionales, desarticulación entre niveles de atención de los servicios; entre los niveles de gobierno y sectores, que no permite alinear las políticas nacionales, regionales y locales en salud con la gestión de los servicios; esta situación determina que la oferta no responda satisfactoriamente a las complejas, múltiples y variadas necesidades de salud y expectativas de la población, en primer lugar, de los más pobres y vulnerables de la región, originando insatisfacción y deficiente calidad asistencial.

En este contexto resulta importante realizar el presente estudio, que permita tener una visión real del estado de arte de un área tan compleja como es el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital de segundo nivel de la Región Cajamarca, cuya responsabilidad es gestionar los servicios que brinda a la población femenina en situación de alto riesgo que demanda atención integral de salud de alta especialización, de manera que le permita superar dificultades clínico-asistenciales y cumplir las metas de indicadores de impacto.

La información obtenida del presente trabajo permitirá implementar otras estrategias que vienen demostrando su eficacia en el sector privado, como son los lineamientos y procedimientos de gestión de proyectos fundamentada en los conceptos definidos en el PMBOK.

A fin de organizar la presentación del estudio de investigación, se determinó estructurarlo en 5 capítulos: CAPÍTULO I: Introducción, se describe la situación

problemática, descripción de la realidad del Departamento de Gineco Obstetricia del H.R.C., definición, objetivos y justificación; en el CAPÍTULO II: Marco Teórico, se detallan los fundamentos teóricos de la investigación, antecedentes, marco teórico, conceptual y la hipótesis del estudio; CAPÍTULO III: Método de Investigación, se especifica el tipo, diseño y área de Investigación, la población y muestra, asimismo se describen las técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas para el procesamiento y análisis de datos y la interpretación de los mismos; en el CAPÍTULO IV: Resultados y Discusión, se presentan los resultados del estudio de investigación; y finalmente en el CAPÍTULO V: se presentan las Conclusiones y Recomendaciones.

En tal sentido, esta investigación se considera una contribución para el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca. Se deja abierta la posibilidad de continuar con otros estudios, a partir de éste, con la finalidad de seguir profundizando en el tema y evaluar la posibilidad de incluir estas nuevas estrategias y herramientas en la gestión hospitalaria dentro del Sistema Nacional de Salud.

La Autora

1. Planteamiento del Problema

1.1 Descripción de la Realidad Problemática

En América Latina existen diferentes situaciones socio-demográficas que revelan un panorama heterogéneo en cuanto a la capacidad de respuesta de los gobiernos frente a los problemas de salud que se presentan. La mayoría de países menciona las dificultades de financiamiento y gestión para dar cobertura a las necesidades de salud de la población (Arriagada, Aranda & Miranda, 2005, p. 6), contando con hospitales de baja calidad en la atención, sistema hospitalario deficiente, usuarios internos y externos insatisfechos, etc.

El Perú, no es ajeno a esta realidad, la que se ha generado debido a la implementación de los modelos de atención orientados a actividades preventivo-promocional y asistencial-recuperativo, que es coberturado por el MINSA (65% de la población) en el marco del aseguramiento universal y el resto es atendida por el sector privado, EsSalud y las Fuerzas Armadas y Policiales; este sistema poliestructurado es la principal limitante para lograr estandarizar un Sistema único de Salud.

El MINSA tiene la indelegable responsabilidad de guiar el Sistema Nacional de Salud y asegurar su efectivo desempeño para atender a la población y cumplir con sus necesidades y expectativas, a través de una gestión que genere condiciones para el desarrollo eficiente y seguro de los procesos estratégicos, operativos y de soporte; sin embargo, en general hay una “gran desarticulación

y duplicidad de funciones, centralismo, pues la descentralización es imposible sin una adecuada coordinación de los niveles de atención local, regional y nacional”(MINSA, 2012).

En la actual estructura organizacional, el modelo de atención integral de salud en el segundo y tercer nivel y el Modelo de Gestión Hospitalaria, definen diez componentes, que vienen a ser las líneas de intervención necesarias para modificar los procesos de gestión en hospitales, siendo las actividades asistenciales-recuperativas, las que generan valor agregado y mayor satisfacción en el usuario externo, en tanto se dé la atención apropiada. En tal sentido, la organización puede ser descrita como un conjunto de procesos articulados que pueden ser identificados, documentados, controlados y mejorados, para asegurar su efectivo desempeño, sobre todo en la atención de casos como: emergencias obstétricas, que atendidas de manera inadecuada puede desencadenar la muerte materna, problema sanitario priorizado a nivel mundial, nacional y regional, que es el quinto compromiso de los objetivos de desarrollo del milenio (ODM), “mejorar la salud materna” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2000).

A nivel local, el Hospital Regional de Cajamarca, por **ser** un establecimiento de segundo nivel, cuenta con una infraestructura y equipamiento que corresponde a los requerimientos de un nosocomio de Nivel III-1, por ello es considerado hospital referencial, y tiene la responsabilidad de atender a más de un millón y medio de pobladores, debido al “Convenio Específico de

Cooperación Interinstitucional entre el Gobierno Regional de Cajamarca, el Seguro Social de Salud-Red Asistencial Cajamarca y el Seguro Integral de Salud de Intercambio Prestacional”, gracias a la suscripción de este documento, los asegurados de ambas instituciones recibirán atención. Esta población tienen un perfil epidemiológico cada vez más complejo y heterogéneo; para esto cuenta con una estructura organizacional funcional, que se contrapone a la propuesta del MINSA, basada en la gestión por procesos a distinto nivel, que pueden clasificarse en estratégicos, Operativos y de Soporte, los mismos que se implementan en base a normatividad vigente.

En este espacio, el Departamento de Gineco Obstetricia, del H.R.C, brinda servicios de atención en Consulta Externa, Emergencia, Hospitalización-Cirugía, procedimientos diagnósticos y terapéuticos en las especialidades de Ginecología y Obstetricia, el mismo que genera el 17% de la demanda nueva, sobrepasando su capacidad resolutive, debido a que es un hospital referencial sin demanda asignada, por lo tanto atiende a la población que procure los servicios, además de la que busca atención cuando presenta una emergencia ya sea en el embarazo, parto o en el puerperio, o ha sido previamente diagnosticada como paciente de alto riesgo obstétrico y por ello es referida; allí, el objetivo principal es evitar la muerte.

El resultado final, podría ser más alarmante, si se considera que el porcentaje de partos complicados es de 54,26%, que justificaría la elevada tasa general de cesáreas (32.30%), lo que conlleva a un 3.7% de cesárea iterativa,(H.R.C.,

2013); estos indicadores, revelan la actual problemática del departamento, en referencia a la capacidad resolutive, empatía y seguridad, que son dimensiones de evaluación de la calidad asistencial, que indican la capacidad del establecimiento para solucionar totalmente el problema de salud de la población.

Esta problemática, por la que atraviesan actualmente los hospitales del Perú, igual de compleja que la nuestra, es debido a: que se cuenta con modelos diseñados por grupos cerrados de personas e instituciones que no tomaron en cuenta los aportes de los diferentes actores sociales, que no escucharon las quejas de la población y marginaron la participación activa de la sociedad en la determinación de las estrategias a usar para dar solución a problemas graves, sin respetar el derecho fundamental de la población más pobre del Perú, por ello las propuestas han fracasado, tenemos por ejemplo que, en la evaluación publicada por la Organización Mundial de Salud (OMS) 2012, el sistema de salud implementado en el país mostró un pobre desempeño, con indicadores que se mantienen alarmantes y específicamente ubican a Cajamarca en una desfavorable situación en comparación con otros departamentos, por ejemplo “la mortalidad materna que empeoró para los estratos sociales más pobres (quintil 1 y 2), reflejando la desigualdad y la injusticia social, que significa el incremento de la brecha en salud entre pobres y ricos” (Villaran, 2005, p. 32).

Estas deficiencias que se procesan en la gestión, repercuten en la calidad asistencial, de ahí la importancia de los planes de mejora de la calidad y la evaluación de la satisfacción del usuario externo, en las cinco dimensiones de la calidad que se relacionan con los procesos de gestión implementados. Además, una expresión de la calidad de los servicios de salud es la integralidad en la atención, las acciones deben estar dirigidas a las personas, a la familia y a la comunidad, y a su interrelación con el medio, teniendo en cuenta que la persona es considerada como un ser integral, con problemas reales y potenciales, poseedora de derechos que implican asumir obligaciones con responsabilidad (MINSA, 2012, p. 29).

A toda esta incomprensible realidad, se suma el insuficiente e inequitativo financiamiento, el gasto total en salud como porcentaje del PBI es 5.1 % (OMS, 2012), lo que representa un per cápita de S/. 555.00 nuevos soles, por ende es uno de los países que menos invierte en salud, situación revelada por Macroconsult (2011) para el MINSA, donde se demuestra que el gasto público en salud no se concentra en los departamentos con mayores necesidades ni en los grupos más pobres de la población.

En este marco de referencia donde los procesos de gestión que desarrolla el Hospital Regional de Cajamarca en el Departamento de Gineco-Obstetricia, presentan serias dificultades que son afrontadas por el usuario interno y externo, mermando la calidad asistencial, representa la razón principal del presente estudio, ya que es necesario verificar la relación existente entre los

procesos de gestión implementados y la calidad asistencial percibida por el usuario externo, que evidencie la actual situación y permita proponer líneas y estrategias que deberán ser implementadas en base a guías que han demostrado ser exitosos en el sector privado, como son las buenas prácticas en la gestión de proyectos planteada por el PMBOK.

1.2 Definición del Problema

Siendo el motivo de la presente investigación describir la relación de la gestión por procesos y la calidad asistencial percibida por el usuario externo del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, se ha formulado la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre la Gestión por Procesos y la Calidad Asistencial percibida por el usuario externo del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013?

Para complementar se plantean las siguientes interrogantes:

1. ¿Cómo se desarrolla la gestión por procesos en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013?
2. ¿Cuál es la percepción sobre la calidad asistencial del usuario externo del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013?
3. ¿Cuáles son las características sociales básicas de los usuarios internos y externos del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Analizar la relación entre la gestión por procesos y la calidad asistencial percibida por el usuario externo del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013.

1.3.2 Objetivos específicos

- Diagnosticar la gestión por procesos en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013.
- Identificar la calidad asistencial percibida por el usuario externo del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013.
- Describir las características sociales básicas de los usuarios internos y externos que laboran en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013

1.4 Justificación e Importancia

El Hospital Regional de Cajamarca, cuenta con una estructura organizacional funcional, que se contrapone a la propuesta del MINSA en la normatividad vigente “Modelo de Gestión Hospitalaria”, basada en la gestión por procesos a distinto nivel. Esta brecha entre gestión por procesos y funcional, es lo que explicaría las actuales deficiencias del sistema hospitalario de la región, lo que repercute en la satisfacción del usuario externo que en base a un estudio exploratorio y a la evaluación anual de establecimientos de salud de la región revela que el nivel de insatisfacción es del 65% (Dirección Regional de Salud, 2012).

Por lo tanto el presente estudio, tuvo como finalidad contribuir al conocimiento del contexto en el que se desarrolla la gestión en el Departamento de Gineco Obstetricia y cómo esto influye en la calidad asistencial percibida por el usuario externo; ya que, lograr niveles óptimos de satisfacción es el reto hoy en día de toda institución.

Los resultados permitirán entregar información actualizada al personal asistencial del Departamento de Gineco Obstetricia y hacer incidencia en la importancia que tiene la gestión de los procesos operativos (clínico-asistencial) en la calidad asistencial, para mejorar la percepción del usuario externo; pero a la vez, contribuirá para mejorar el desempeño del personal administrativo, ya que mostrará su trabajo como trascendental para el óptimo funcionamiento del departamento, ya que contar con equipamiento, insumos,

materiales, medicamentos en cantidad suficiente y oportuna, en un entorno con buen clima organizacional, se asegura la calidad del servicio de salud brindado al usuario externo.

De allí deriva la importancia, al conocer la realidad en la que se enmarcan los procesos de gestión que se implementan en el Departamento de Gineco Obstetricia, se plantea un Plan de Mejora Continua de la Calidad, articulado a las buenas prácticas que propone la gestión de proyectos en el PMBOK; asimismo, se espera establecer una línea de investigación en calidad de servicios de salud y gestión hospitalaria, que debe asumir la universidad como ente rector en la generación de conocimiento científico, con el fin de mejorar las propuestas de intervención presentadas por el sector a nivel nacional.

1.5 Hipótesis

La calidad asistencial percibida por el usuario externo tiene relación directa con la gestión por procesos estratégicos que se realiza en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca.

La calidad asistencial percibida por el usuario externo tiene relación directa con la gestión por procesos operativos que se realiza en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca.

La calidad asistencial percibida por el usuario externo tiene relación directa con la gestión por procesos de soporte que se realiza en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2. Fundamentos teóricos de la investigación

2.1 Antecedente de la investigación

A nivel internacional

Mira, (1997) en su trabajo de investigación titulado “La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones”, desarrollado en el Hospital General Universitario de Alicante, concluye que la calidad asistencial es un objetivo de los centros y profesionales sanitarios que responden a un compromiso ético por procurar lo mejor para el paciente, por ende es importante introducir mecanismos que informen si ese objetivo se logra.

Arcelay, (1999) en el estudio sobre “Gestión de Procesos”, concluye que la gestión de procesos es una estrategia de gestión denominada calidad total y constituye un elemento para mejorar los flujos de trabajo de las organizaciones asistenciales.

Rubio & Magarolas (1999) en el estudio “Exploración de la mortalidad prematura como guía política sanitaria e indicador de calidad asistencial”, encontraron que la efectividad de programas y servicios sanitarios, la asignación de recursos de alguna medida de necesidad y el control de calidad asistencial requieren de

indicadores sensibles en este caso la tasa de mortalidad prematura, causas que pueden orientar y detectar fallos evitables en el funcionamiento del sistema sanitario.

Wong, García & Rodríguez (2003), en el estudio de “Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud: Perspectiva de los Pacientes”, Matagalpa durante Noviembre 2002, analizaron la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios/as externos en servicios ambulatorios de salud en el Sistema Local de Atención Integral en Salud (SILAIS) Matagalpa, concluyendo que la percepción con respecto al tiempo de contacto para recibir la atención es de muy corta duración, esto genera insatisfacción; los pacientes que más frecuentan las unidades de salud son mujeres de 20 a 34 años; la larga distancia desde sus casas a las unidades de salud es una barrera muy importante; los principales problemas identificados por los usuarios y que ocasiona insatisfacción en la atención recibida son: falta de medicamentos, tiempo de espera prolongados y corta duración de la consulta.

Cuevas (2004) en su investigación “Modelo para medir la calidad en los servicios brindados por los hospitales puertorriqueños”, presenta una metodología para autoevaluar y mejorar la percepción de calidad en servicio brindado por los hospitales puertorriqueños, concluyendo que los pacientes miden la calidad en términos de los factores como respeto y cuidado, disponibilidad de servicios, atención al paciente, cuidados especiales, apariencia, eficacia y efectividad, servicios de comida, evidencia física y servicio a tiempo.

Civera, Peris & Moliner (2008) en el estudio “Análisis de la relación de la calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido”, determina que la importancia de la calidad y preocupación de los se concluyó al realizar el estudio comparativo, que en lo referente a la formación de la satisfacción con el personal médico y de enfermería, en ninguno de los tres hospitales excepto en el Hospital de Sagunto y exclusivamente para el personal de enfermería, influye el constructo “profesionalidad del personal”, es decir ni la formación, ni el grado de conocimientos, ni la competencia, ni experiencia del personal médico y de enfermería influyen en la formación de la satisfacción con este personal. Este hecho paradójico, podría explicarse porque nuestros pacientes ya dan por hecho que sus médicos y enfermeras disponen ya de un alto grado de profesionalidad, y por consiguiente pasan a valorar más otras variables en la formación de la satisfacción con este personal, como son: trato personal, confianza, empatía, información y coordinación. Es decir, dado que la profesionalidad entienden que la tienen asegurada, lo que buscan son obtener otros valores no menos importantes que la profesionalidad, como son: sentirse cómodos explicando sus problemas, preguntando sus dudas, sintiéndose escuchados y siendo tratados de forma personalizada, solucionando rápido sus problemas y recibiendo información completa, de forma continua y comprensible sobre su proceso, fundamentalmente.

Quinzo (2011) en su estudio titulado “Mejoramiento de la calidad (satisfacción del usuario/a) en la atención del Servicios de Neonatología del Hospital Regional

Docente Ambato, Mayo 2010 – Enero 2011. Ecuador”, concluye que mediante Programa de Capacitación en motivación, relaciones humanas y trato al paciente para las usuarias/os internos; el Programa de Capacitación y educación en cuanto a temas de salud para las usuarias externas, y un franelógrafo colocado en la entrada de la sala de neonatología con material educativo y la implementación de un equipo de fototerapia artesanal en la sala de neonatología, para el tratamiento de los recién nacidos, mejora la capacidad de atención y por ende la satisfacción de la usuaria/o.

A nivel nacional

Chávez (2002). Realizó la evaluación de la calidad de servicio desde la percepción del usuario externo. Centro de Salud Augusto B. Leguía – Tacna, 2002. Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, se aplicó la encuesta según modelo SERVQUAL, mostrando que el 96 por ciento de los usuarios externos se encuentran insatisfechos con el servicio recibido. Las dimensiones con los mayores niveles de insatisfacción fueron confiabilidad 89 por ciento, respuesta rápida 82 por cientos, empatía 34 por ciento de satisfacción, los aspectos tangibles compatibilidad, respuesta rápida y seguridad no logran superar el 20 por ciento.

Gómez (2003). Realizó un estudio. Evaluación de la calidad de servicio desde la percepción del usuario externo en el Centro Salud Alto Alianza – Tacna, estudio descriptivo transversal y retrospectivo, mediante método de encuesta, como instrumento SERVQUAL modificado con una muestra de 100 usuarios externos,

con un 91 por ciento de los usuarios externos están insatisfechos, mostrando que la calidad de servicio es deficitario.

Chura (2003). Evaluó la calidad de servicio desde la percepción del usuario externo Centro de Salud La Esperanza – Tacna 2002, tipo descriptivo, transversal, retrospectivo, exploratorio y de diseño cuantitativo, se utilizó la encuesta SERVQUAL que mide el nivel de satisfacción del usuario, la muestra conformada de 100 usuarios externos, demuestra que más del 90 por ciento de usuarios no están satisfechos en diverso grado con el servicio que brinda el establecimiento de salud, con una insatisfacción leve-moderada 83 por ciento. Las dimensiones con mayor nivel de insatisfacción son confiabilidad, empatía y respuesta rápida.

Dusek (2005) en su estudio titulado “Determinación de las percepciones de la usuaria sobre los factores que intervienen en la comunicación con el médico durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa del Ministerio de Salud”, presenta como conclusión que el análisis permite identificar problemas en la comunicación organizacional e interpersonal, suceso que se presenta porque no existe una entidad responsable interna, que ejecute las políticas al respecto. Asimismo, la atención brindada por los médicos hacia las usuarias, es percibida por ellas a través de la comunicación verbal y no verbal. Las usuarias manifiestan que algunos médicos con su forma de expresarse, sus actitudes y gestos (postura corporal, gesticular, etc.) hacen que se reduzca la potencialidad comunicadora médico – usuaria en una consulta externa, osea que se instalan barreras.

Castro et al. (2003) realizaron un trabajo de investigación en el Hospital Antonio Lorena Cuzco, donde se pudo constatar que los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina, Cirugía, Pediatría y Maternidad, se encuentran medianamente satisfechos con la atención recibida por el profesional de salud que labora en dicho nosocomio, ya que la atención que se brinda al usuario no cumple con todos los estándares de calidad, siendo éstos los siguientes: Estándar 1, los usuarios externos perciben un trato adecuado, con amabilidad, respeto y empatía; Estándar 2, el usuario externo recibe, comprende y acepta la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnóstico y tratamiento referidos a su caso; Estándar 3, el hospital asegura la aplicación de normas y procedimientos para el control de riesgos quirúrgicos y de infecciones intrahospitalarias; Estándar 4, el usuario recibe la atención necesaria en el momento que lo requiere según la severidad de su caso; Estándar 5, la organización incorpora a los usuarios externos en la gestión de la calidad.

Romero (2000) en su estudio de investigación realizado en el Hospital Nacional Sur Este EsSalud en Cuzco, concluyó que el 87% representa a usuarios satisfechos y el 4% representa a usuarios insatisfechos. Un 80% de los usuarios de los servicios de hospitalización califica la calidad de atención como buena, 19% como regular y 1% como mala.

A nivel local

Meléndez (2002), aplicó en el Hospital de la Red Asistencial II Cajamarca – EsSALUD, una encuesta para identificar la calidad de atención y el grado de satisfacción del paciente hospitalizado en el servicio de gineco obstetricia, donde se pudo constatar que los pacientes se encuentran insatisfechos con la calidad de atención recibida por parte del personal de salud que labora en esta institución.

Florián(2006) en su estudio titulado “Grado de satisfacción de los usuarios externos hospitalizados y calidad de atención recibida, Hospital Regional de Cajamarca. 2006”, concluye que la calidad de atención que se brinda en los servicios de hospitalización (Medicina, Cirugía y Gineco-Obstetricia) es percibida por los usuarios externos como buena (37,9%), regular (53,5%) y mala (8,6%) y el grado de satisfacción de los usuarios externos hospitalizados en relaciona la atención que brinda el personal de salud (médico, enfermera, obstetras y técnico) en los tres servicios es de satisfacción en un 20,7%; medianamente satisfechos (65,5%) e insatisfechos (13%). En resumen la calidad y el grado de satisfacción, si guardan relación estadística, pues a mejor calidad de atención, mayor grado de satisfacción del usuario externo hospitalizado.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Teorías de la Calidad

Calidad, designa un conjunto de atributos o características de un objeto que nos permite emitir un juicio de valor acerca de él; en este sentido se habla de nula, poca o excelente calidad de un objeto. (Gutiérrez, 2004, p. 23)

Para definir calidad hay que determinar el área a trabajar, por lo que es importante revisar a detalle las teorías que se relacionan con la calidad, para ello se presentarán a los pensadores que han desarrollado el tema:

- 1 Edward Deming:** define a la calidad como tangible, medible y es la clave para la competitividad ya que incide directamente en el aumento de la productividad y reducción del costo.

Su teoría se caracteriza por lo siguiente: la calidad aumenta y por lo tanto bajan los costos y el ahorro que se origina puede derivarse en beneficios para el consumidor. Este proceso se inicia en la alta dirección, teniendo en cuenta que todo el personal debe participar, bajo procesos continuos de mejora. Su finalidad básica es servir al cliente. Esta teoría se puede evidenciar en el ciclo Deming (PECA), la que presenta 14 puntos para transformar una empresa:

- Ser consistentes

- Adoptar una filosofía
- Incorporar la calidad desde la primera operación
- Reducir el costo
- Capacitación
- Liderazgo
- Elimine el temor y la incertidumbre
- Crear grupos de trabajo
- Elimine objetivos numéricos
- Elimine cuotas de trabajo
- Elimine la administración por objetivos
- Promover la responsabilidad en el trabajador y directivos
- Elaborar un programa de auto desarrollo.
- Mejorar la empresa mediante la integración y mejora continua.

(Palacios, 2006, pp. 23 - 47)

2 Joseph Muran: define la calidad como un servidor, como la ausencia de deficiencias que pueden presentarse como: retraso en las entregas, fallas del servicio, facturas mal llenadas, cancelación de contratos. Su filosofía consiste en “calidad es adecuarse al uso”. (Palacios, 2006, p. 47)

En su teoría se presenta la siguiente trilogía:

- Planeación de la calidad
- Control de la calidad
- Mejoramiento de la calidad

3 Kaoru Ishikawa: define a la calidad como algo que debe observarse y el logro no solo es a nivel de producto sino también en las áreas de administración, ventas, en la compañía propiamente dicha y en la vida personal. La calidad total, es cuando se logra que el producto sea económico, útil y satisfactorio para el consumidor. Presenta en su filosofía los siguientes puntos:

- La calidad empieza y termina con la educación
- El primer paso para la calidad, es conocer las necesidades de los clientes.
- El estado ideal de control de la calidad es cuando la inspección ya no es necesaria.
- Es necesario remover las raíces y no los síntomas de los problemas
- El control de calidad es responsabilidad de toda organización
- No se debe confundir los medios con los objetivos
- No se debe poner en primer lugar los beneficios financieros, la calidad debe primar.
- La mercadotecnia es la entrada y el éxito de la calidad
- La alta administración no debe mostrar resentimientos cuando los hechos son presentados por sus subordinados

Su metodología introduce el concepto de “Círculos de calidad”, presentado en el diagrama de Análisis de Causa-Efecto, que se utiliza para resolución de problemas. (Palacios, 2006, pp. 23 - 47).

4 Philip B. Crosby: define a la calidad como un servicio gratuito. Basa su filosofía en “cero defectos” y considera que los niveles aceptables de calidad deben prohibirse ya que compromete la finalidad central de cero defectos. (Palacios, 2006). En su metodología presenta el Programa para la mejora de la calidad:

- Compromiso de la dirección
- Equipo para la mejora de la calidad
- Medición de nivel de calidad
- Evaluación del costo de la calidad
- Conciencia de la calidad
- Sistema de acciones correctivas
- Establecer comité del Programa Cero Defectos
- Entrenamiento en supervisión
- Establecer el día cero defectos
- Fijar metas
- Remover causas de errores
- Dar reconocimiento
- Formar consejos de calidad
- Repetir todo de nuevo

5 Avedis Donabedian: define a la calidad como un modelo que unifica componentes técnicos e interpersonales de la calidad y sus consecuencias en el sector público y privado de acuerdo a enfoques económicos y programas políticos. Calidad es una propiedad que la atención médica-odontológica

posee en grados variables, abarca tres criterios básicos para definirla: Relación entre la evaluación de la calidad y la evaluación de los programas de sus componentes técnicos e interpersonales. Conceptos de accesibilidad, continuidad y coordinación con sus implicaciones en el contenido, cantidad y costos de la atención, para lograr la satisfacción de los pacientes y los profesionales.

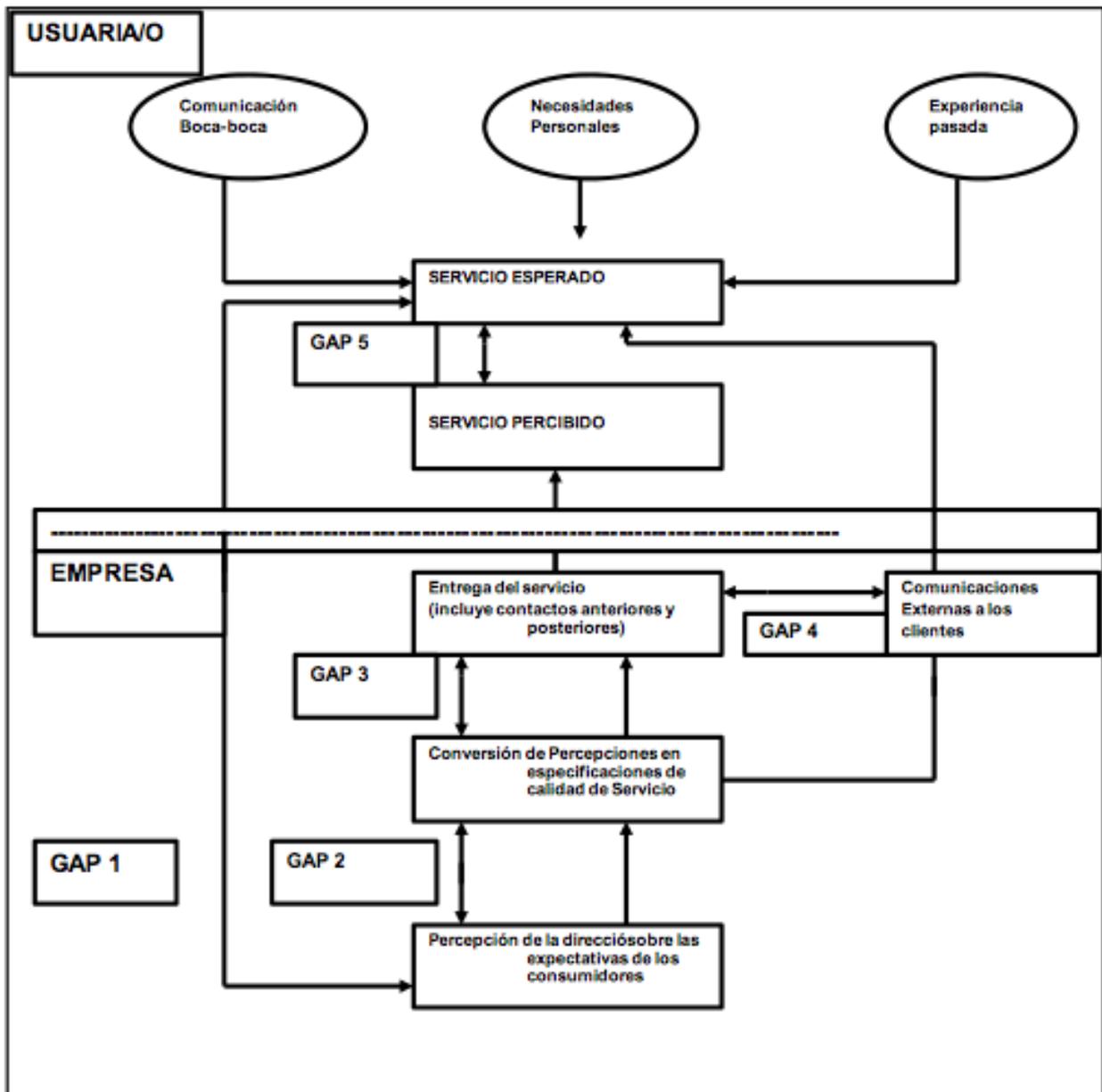
La calidad cuesta dinero, pero si se suprimen servicios inútiles y se producen servicios más eficientes es posible obtener una calidad más alta por el dinero que se gasta en la atención, bien, lograr la misma calidad a un menor costo (Donabedian, 1990).

2.2.2 Modelos de Calidad Asistencial Percibida

a. Modelo de Parasuramam, Zeithmal y Berry. Los trabajos presentados por estos investigadores dieron como resultado el establecimiento de un modelo de evaluación de la calidad en las empresas de servicios: “El modelo de los Cinco Gaps”, que consistía en un estudio exploratorio cualitativo entre directivos y consumidores de empresas de servicios analizándose los principales motivos de desajuste (gap) que llevaban a un fallo en las políticas de calidad de las citadas empresas. Se concluía que “Una serie de discrepancias o deficiencias existen respecto a las percepciones de la calidad del servicio de los ejecutivos y las tareas asociadas con el servicio que se presta a los consumidores. Estas deficiencias son los factores que afectan a la

imposibilidad de ofrecer un servicio que sea percibido por los clientes como de alta calidad” (Parasuraman, Zeithmal & Berry, 1985, p. 44).

Figura 1. Modelo de Parasuraman, Zeithmal y Berry



Fuente: Civera, Peris y Moliner (2008). “Análisis de la relación entre la calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido”. Facultad de Ciencias Jurídicas y Económicas. Universitat Jaume, Castellón de la Plana. p. 19

Estas discrepancias o deficiencias (gaps) a las que hace referencia el modelo se pueden resumir en las siguientes aseveraciones (Zeithmal, Parasuraman & Berry, 1993) y contraponer con las observaciones hechas acerca de las razones que las originan:

Tabla 1. Aseveraciones del Modelo de Parasaraman, Zeithmal y Berry

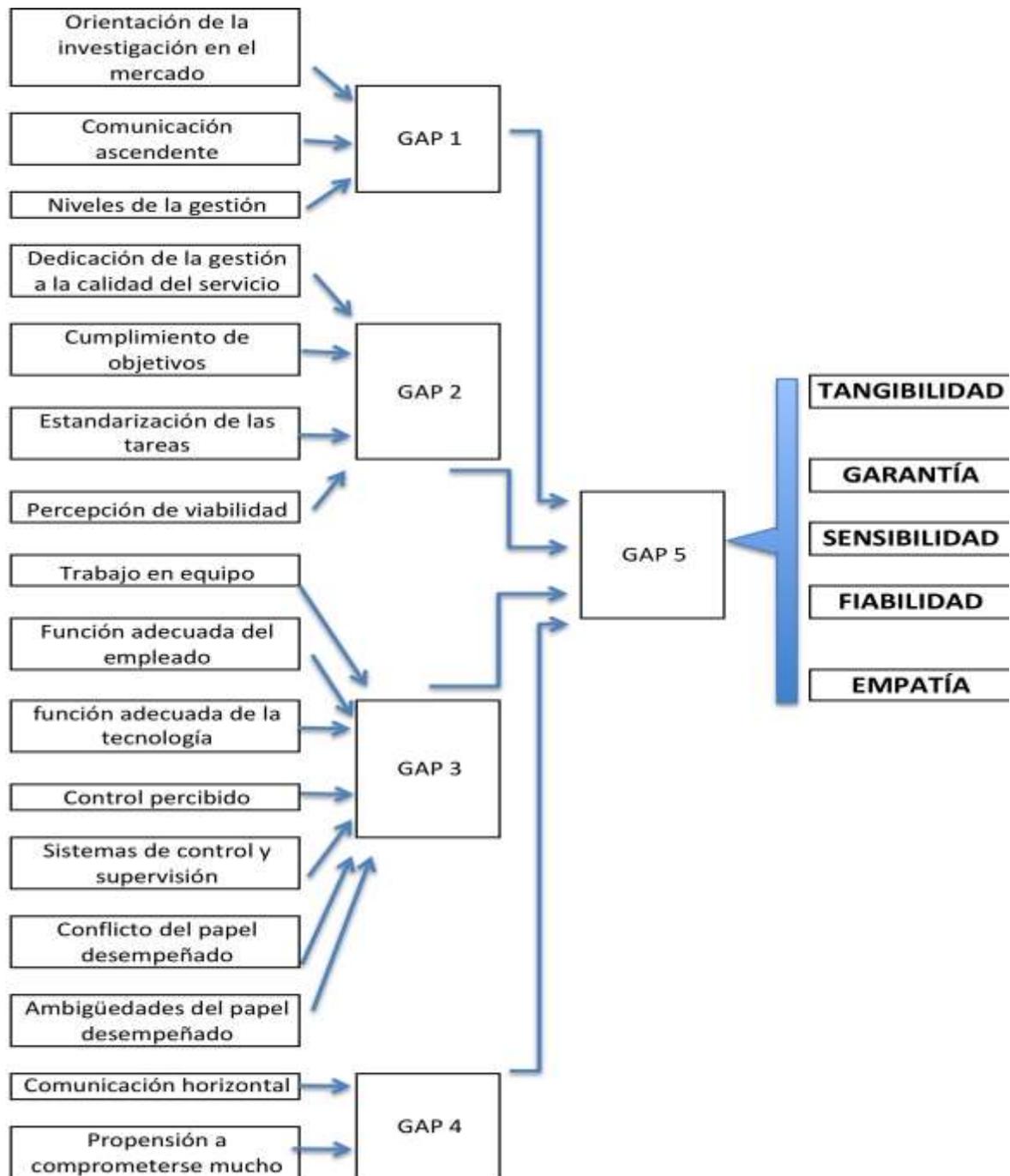
Deficiencia origen de una prestación de Servicio de no calidad	Aseveraciones al respecto de las Discrepancias	Razones que generan las discrepancias
<i>Gap 1</i>	Discrepancia entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos.	Factores causales relacionados con la inexistencia de una cultura orientada a la investigación de marketing, inadecuada comunicación vertical ascendente en la empresa y existencia de excesivos niveles jerárquicos de mando.
<i>Gap 2</i>	Discrepancia entre las percepciones de los directivos y las especificaciones o normas de calidad.	Insuficiente compromiso de la dirección con la calidad del servicio, percepción de inviabilidad para el cumplimiento de las expectativas del cliente, errores en el establecimiento de las normas o estándares para la ejecución de las tareas y ausencia de objetivos claros.
<i>Gap 3</i>	Discrepancia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio.	Ambigüedad de funciones, conflictos funcionales, desajuste entre los empleados y sus funciones, desajuste entre la tecnología y las funciones, sistemas inadecuados de supervisión y control, falta de control percibido y ausencia de sentido de trabajo en equipo.
<i>Gap 4</i>	Discrepancia entre la prestación del servicio y la comunicación externa.	Deficiencias en la comunicación horizontal entre los diferentes departamentos de la empresa, tanto en el interior de los mismos, como entre ellos, y tendencia de la empresa a prometer en exceso a sus clientes.
<i>Gap 5</i>	Discrepancia entre la expectativas del consumidor sobre la calidad del servicio y las percepciones que tiene del servicio.	

Fuente: Adaptado del Modelo de Parasaraman, Zeithmal y Berry.

b. Modelo ampliado de calidad de servicio de Zeithmal, Berry y Parasuraman.

Civera, Peris & Moliner (2008) describen el posterior trabajo empírico realizado por Zeithmal, Berry y Parasuraman, donde presentaron un modelo ampliado de la calidad de servicio en el que se identificaba distintos factores organizativos y sus relaciones con las deficiencias en la calidad de servicio, como se puede observar en la figura 2.

Figura 2. Modelo Ampliado de la calidad del servicio



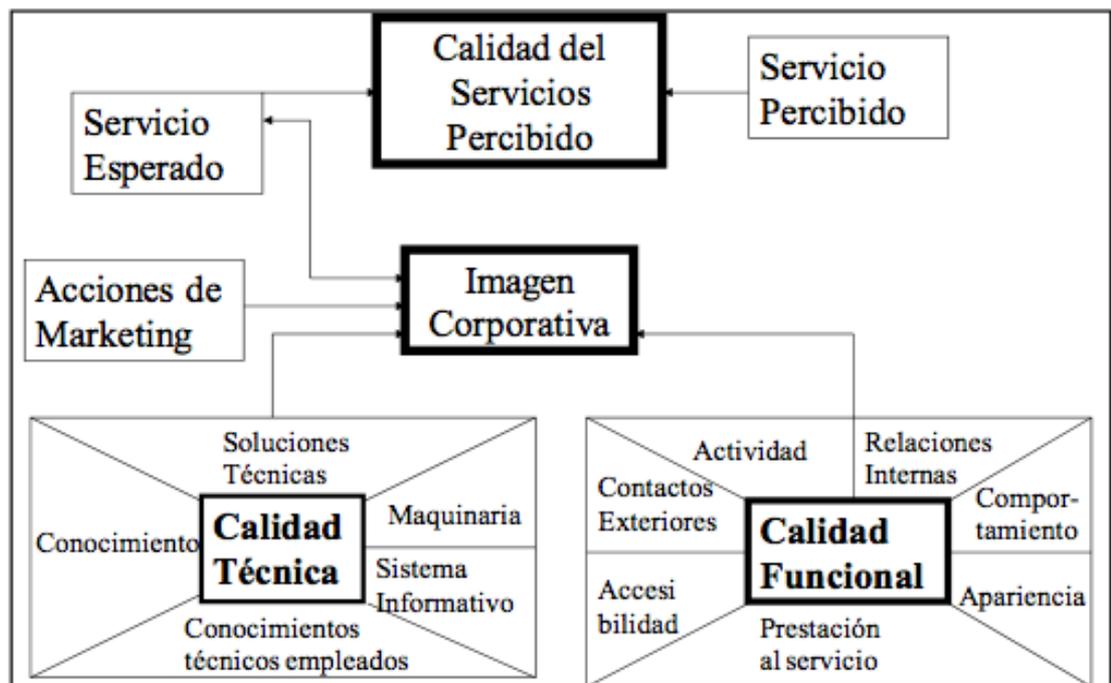
Fuente: En Base a Modelo presentado por Civera, Peris y Moliner (2008). “Análisis de la relación entre la calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido”. Facultad de Ciencias Jurídicas y Económicas. Universitat Jaume, Castellón de la Plana. p. 22.

c. Modelo de calidad de Grönroos

Civera, Peris & Moliner (2008) textualmente cita “En el modelo de Grönroos no sólo se define y se explica la calidad del servicio percibida a través de las experiencias de las dimensiones de la calidad, sino que la ilustra conectando las citadas experiencias con las actividades del marketing tradicional” (p. 23)

Por ello, la **buena calidad percibida se obtiene cuando la calidad experimentada satisface las expectativas del cliente**, esto es, la calidad esperada, la que valorada en base a dos componentes origina: la Calidad Técnica y la Calidad Funcional.

Figura 3. Modelo de calidad de Grönroos.



Fuente: Civera, Peris & Moliner (2008). “Análisis de la relación entre la calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido”. Facultad de Ciencias Jurídicas y Económicas. Universitat Jaume, Castellón de la Plana. p. 24.

El autor concluye que el nivel de calidad total percibida no está solo determinado por el nivel de las dimensiones o componentes de la calidad técnica y funcional sino, más bien, por las diferencias que existen entre la calidad esperada y la experimentada (Civera, Peris & Moliner, 2008, p. 23).

d. El modelo de Gestión del Producto-Servicio: la Oferta de Servicios Incrementada de Grönroos

Se busca analizar el servicio como producto, es decir, como un objeto que puede ser desarrollado, producido y entregado, comercializado y consumido.

Con este modelo los autores tratan de mostrar con detalle el tema de cómo desarrollar la oferta de servicios para cubrir todos los aspectos de ésta, incorporando la cuestiones de producción y entrega en la planificación de la oferta de los servicios. Desglosamos el modelo en los siguientes pasos:

- a) Desarrollo del concepto de servicio
- b) Desarrollo de un paquete básico de servicios
- c) Desarrollo de la oferta de servicios incrementada
- d) Gestión de la imagen y de la comunicación

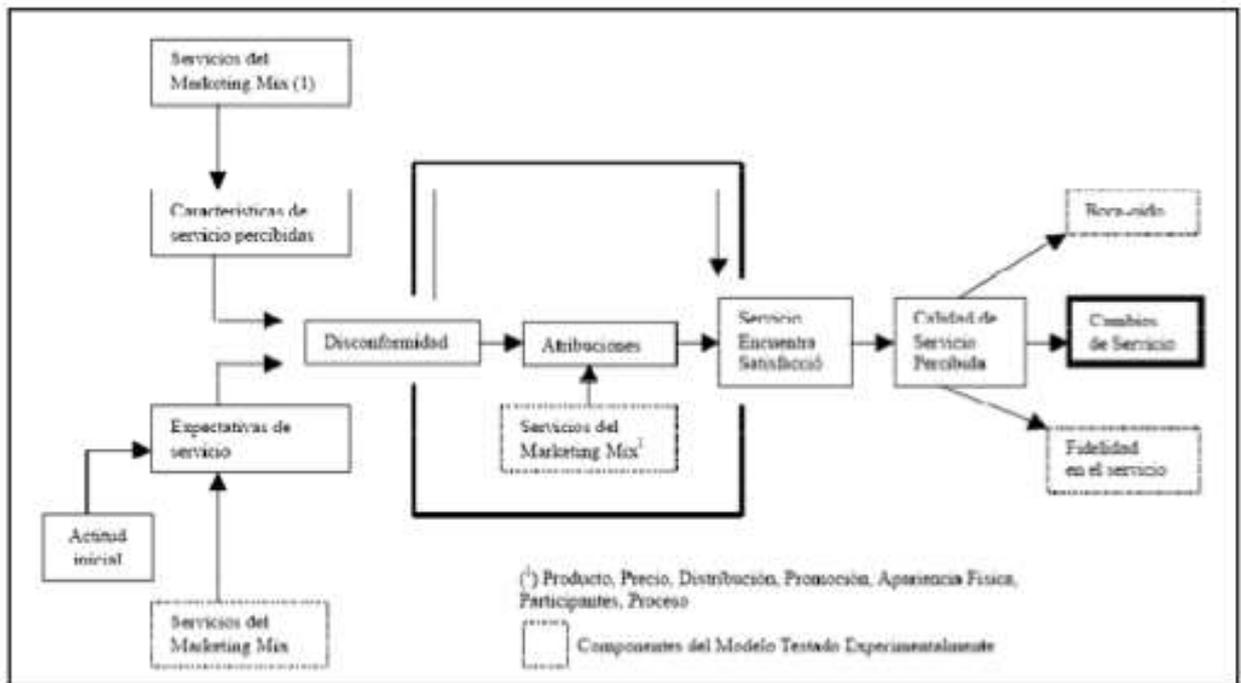
(Civera, Peris & Moliner, 2008, p. 25).

e. El modelo de calidad de servicio de Bitner

Civera, Peris & Moliner (2008), citan a Bitner, quien en 1990 definió “la calidad de servicio percibida como una consecuencia de la experiencia satisfacción /insatisfacción”, asimismo, la autora señala que el paradigma no confirmatorio se da entre el resultado de la prestación del servicio y las expectativas iniciales del mismo servicio, afectando a la experiencia de satisfacción insatisfacción, y

posteriormente a la calidad de servicio percibida, derivándose de esta última la comunicación boca-oído, el cambiar de servicio y la fidelidad. (p. 33)

Figura 4. Modelo de calidad de servicio de Bitner



Fuente: Civera, Peris & Moliner (2008). “Análisis de la relación entre la calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido”. Facultad de Ciencias Jurídicas y Económicas. Universitat Jaume, Castellón de la Plana. p. 34.

2.3 Bases conceptuales

2.3.1 Gestión por procesos

A. Procesos

“Pall (1986) definió un proceso como la organización lógica de personas, materiales, energía, equipamiento e información en actividades de trabajo diseñadas para producir un resultado final requerido (producto o servicio)” (Arias, 2000, p. 7).

La norma UNE-EN ISO 9000:2000, define proceso como el “conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados” (Instituto Andaluz Tecnología, 2002, p. 13).

En el ámbito administrativo, Villoria & Gonzales (2008) entienden por proceso a “la secuencia ordenada de actividades, incluidos los trámites de los procedimientos administrativos, interrelacionadas entre sí, precisas para dar respuesta o prestar servicio al ciudadano, como cliente, usuario o beneficiario de servicios o prestaciones” y que crean valor intrínseco para el cliente (interno y externo), por ende están orientados a obtener resultados, crear valor para los destinatarios y dar una respuesta a la misión de la organización.

Costa y Estany (1998) la definen como “el conjunto de actividades destinadas a generar valor agregado sobre las entradas, para conseguir un resultado – salidas que satisfagan las necesidades del usuario”(Junta de Andalucía, 2001, p.13)

En su estudio Arcelay (2002) definió procesos como “la concatenación de las decisiones, actividades y tareas llevadas a cabo por diferentes profesionales en un orden lógico y secuencial para producir un resultado previsible y satisfactorio” (p. 24).

Los procesos se caracterizan por alinear los objetivos con las expectativas y necesidades de los pacientes, muestran cómo se originan los flujos de información, documentos y materiales, asimismo reflejan las relaciones con el paciente u otras organizaciones, mostrando cómo se desarrolla el trabajo, por lo que es transversal a unidades funcionales de la organización y permite la mejora continua, ya que dispone de un sistema de indicadores que posibilitan el seguimiento del rendimiento del proceso.

Para que una institución trabaje de manera eficaz debe aprender a gestionar e identificar una serie de procesos que se relacionen entre sí, esto requiere a la vez que el “personal deba conocer, comprender y cumplir con los requisitos previamente establecidos, los cuales, derivan de las necesidades y expectativas de los clientes” (Arias, 2000, p. 7).

Agentes del proceso

1. Clientes (usuarios): Son los destinatarios del resultado del proceso o “output”. Los cuales pueden ser internos si pertenecen a la propia organización y externos, sin ser ajenos a la misma; por lo que el proceso deberá estar orientado a satisfacer los requerimientos de los clientes con respecto al output que se les entrega. (Herrera, 2004, p. 16)

En el Hospital Regional de Cajamarca-Servicio de Gineco-Obstetricia, como administración pública los usuarios externos son todos los pacientes (población que demanda una atención y/o servicio), los destinatarios mismos, o en su caso otros agentes interesados. Los usuarios internos son todos los profesionales de salud y personal administrativo (funcionarios, laborales, etc) destinatarios del “output” de alguno de los procesos de la organización.

2. **Proveedores:** Son las funciones de la organización o personas que aportan el input al proceso, podrán ser a su vez externos o internos. (Herrera, 2004, p. 16)
3. **Responsable del Proceso:** Es la persona responsable del proyecto que se encarga de controlar el buen funcionamiento del mismo, a través de seguimiento de los indicadores y además verifica el logro de objetivos y metas. Asimismo, procura la mejora continua del proceso.
4. **Otros agentes implicados:** Todos aquellos que tengan un interés económico o de otra índole en las actividades y en el rendimiento de los procesos de la organización, y que, por tanto se ven afectados por los mismos.

Elementos del proceso

- **Entradas o “inputs”**, procedentes del proveedor del proceso, que han de responder a estándares o criterios de aceptación previamente definidos.
- **Medios y recursos** adecuados para el desarrollo óptimo de las actividades del proceso, pero que no se transforman durante el mismo. Personal calificado y con el nivel de autoridad requerido para realizarlo; documentos de información suficientes; equipamiento acorde con lo realizado.
- **Salidas o “outputs”**: que son los productos generados por el proceso y que se ofrece al destinatario(usuario) de acuerdo a unos requerimientos o expectativas que ésta demanda y su calidad viene definida a través de unos atributos que le aportan valor.

- **Sistema de Control:** lo componen un conjunto de indicadores y medidas del rendimiento del proceso y del nivel de orientación del mismo a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los diferentes clientes (internos y externos).
- **Alcance o límites del proceso:** delimitan el comienzo y la finalización del mismo. El proceso debe comenzar a partir de la identificación de las necesidades y expectativas del cliente, y terminar con la satisfacción efectiva de las mismas.
(Herrera, 2004, p. 16)

Figura 5. Elementos del Proceso



Fuente: Gestión por procesos: Proyecto Estratégico de Transformación 2008. Instituto Psiquiátrico Servicio de Salud Mental José German-Comunidad Madrid. Julio 2008, p. 4. Y Definición de proceso. Tomado de Costa y asociados.

B. Gestión por procesos

La Gestión por Procesos, es la piedra angular tanto de las normas ISO 9000 como del Modelo EFQM de Excelencia. Su implantación puede ayudar a una mejora significativa en todos los ámbitos de gestión de las organizaciones (Villoria & Gonzales, 2008, p. 4).

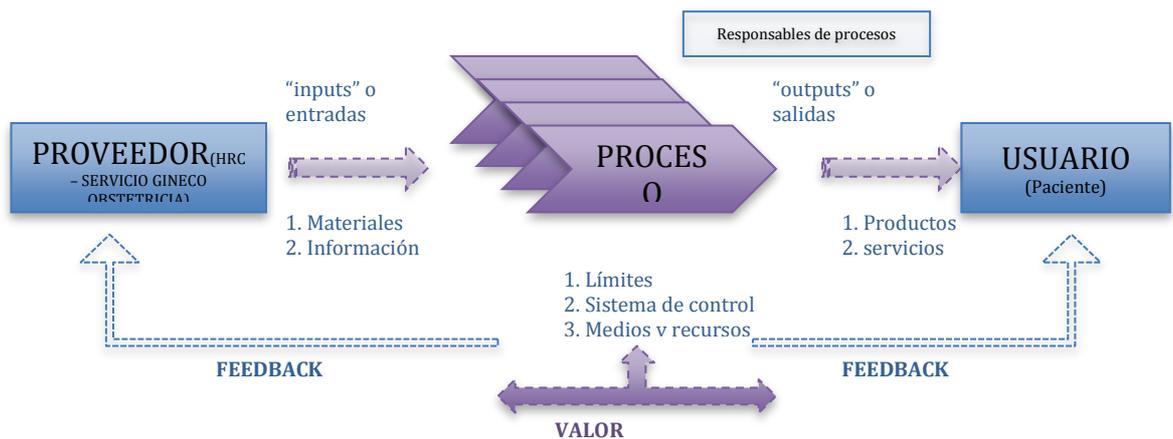
La gestión por procesos sostiene que “un resultado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos se gestionan como un proceso”, el que se entiende como “un conjunto de actividades

mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados”. (Villoria & Gonzales, 2008).

Puede definirse como una forma de enfocar el trabajo, donde se persigue el mejoramiento continuo de las actividades de una organización mediante la identificación, selección, descripción, documentación y mejora continua de los procesos.

Tal como muestra el siguiente gráfico, el elemento fundamental del proceso es que aporta un valor añadido al transformar las entradas en salidas.

Figura 6. Gestión por Procesos



Fuente: Adaptado de “Esquema Trabajando con los procesos: Guía para la Gestión por Procesos. Dirección General de Atención al Ciudadano y Modernización Administrativa. Junta de Castilla y León. 2004, p. 17.”

El valor agregado que se añade al proceso, es el beneficio incremental en el tiempo, donde la participación de todos y cada uno de los involucrados afecta la calidad del resultado o producto final.

En las organizaciones que principalmente prestan servicios, como es el caso de la salud, el activo más importante que añade valor al producto

final es el recurso humano, su calidad, compromiso, capacitación y experiencias.

En salud destacan como elementos de entrada todo aquello que se engloba en el término de tecnologías en salud: equipamiento, fármacos, infraestructura, normas y estándares, sistemas de información.

Los Principios que orientan la gestión por procesos se sustentan en los siguientes conceptos:

- a. La misión de una organización es crear valor para sus clientes; la existencia de cada puesto de trabajo debe ser una consecuencia de ello: existe para ese fin.
- b. Los procesos siempre han de estar orientados a la satisfacción de los clientes.
- c. El valor agregado es creado por los empleados a través de su participación en los procesos; los empleados son el mayor activo de una organización.
- d. La eficiencia de una empresa será igual a la eficiencia de sus procesos

La gestión por procesos busca:

1. Reducir la variabilidad innecesaria que aparece habitualmente cuando se producen o prestan determinados servicios.
2. Eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las acciones o actividades, que produce un consumo inapropiado de los recursos.
3. Facilitar la coordinación y la sinergia entre los diferentes procesos que se dan en una organización y es una base sólida para articular el sistema.
4. La calidad total y ésta se sustenta en: la búsqueda de satisfacción de los usuarios, la implicación activa de los profesionales y las estrategias dirigidas a la mejora continua en las actividades que realizan.

(Herrera, 2004, p. 14)

Por lo que la gestión por procesos es una herramienta encaminada a conseguir objetivos de calidad, con una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios y en el proceso asistencial en sí mismo. Por ende se trata de construir una realidad en base a lo que ya se tiene.

La gestión por procesos se centra en:

1. El paciente/ usuario.
2. Implicación de profesionales.
3. Sustento en la mejor práctica clínica a través de uso de guías y protocolos de atención.
4. Desarrollo de un sistema de información integrado.
5. Continuidad de la atención.

B.1 Diseño de la gestión por procesos

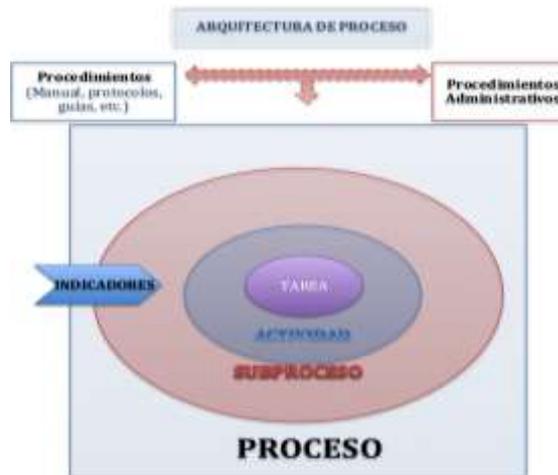
Los procesos de gestión se organizan en torno a un objetivo macro que se debe alcanzar a través de una o más estrategias, de las cuales surgen procesos que se desagregan en subprocesos, que a su vez están constituidos por actividades y éstas por tareas. Se identifica además: tiempo-recursos-responsables.

Conformando un sistema, organizado jerárquicamente por **subprocesos** (partes bien definidas de un proceso), **procedimientos** (donde se detalla la manera específica de llevar a cabo un proceso, subproceso y actividad), **procedimiento administrativo** (mediante el cual se adoptan decisiones y se tramitan documentos, a fin de cumplir con las pretensiones formuladas por los usuarios externos, o sobre prestaciones y servicios), **actividad** (agrupación de tareas dentro de un procedimiento para cumplir con subprocesos y procesos y facilitar su gestión), **tarea** (parte más pequeña de la actividad) y el **indicador** (dato o conjunto de datos que miden objetivamente el funcionamiento y la evolución del proceso en términos de

eficacia, efectividad y flexibilidad o capacidad de adaptación al cambio). (Villoria y Gonzales, 2008, p. 19; Herrera, 2004, p. 5).

En el siguiente esquema se puede observar la arquitectura de un proceso:

Figura 7: Arquitectura de un proceso



Fuente: Adaptado de Arquitectura de procesos mediante metodología IDEF. Elaboración propia

B.2 Tipos de procesos de gestión

- **Procesos estratégicos:** adecúan la organización a las necesidades y expectativas de los usuarios. En definitiva, guían a la organización para incrementar la calidad en los servicios que presta a sus clientes. Están orientados a las actividades estratégicas de la empresa: desarrollo profesional, marketing.
- **Procesos operativos:** aquéllos que están en contacto directo con el usuario. Engloban todas las actividades que generan mayor valor añadido y tienen mayor impacto sobre la satisfacción del usuario. Todos los procesos clínico-asistenciales se pueden considerar incluidos en esta categoría.

- **Procesos de soporte:** generan los recursos que precisan los demás procesos.

Englobar la gestión por procesos en tres macro procesos permite su organización dentro del sistema de salud.

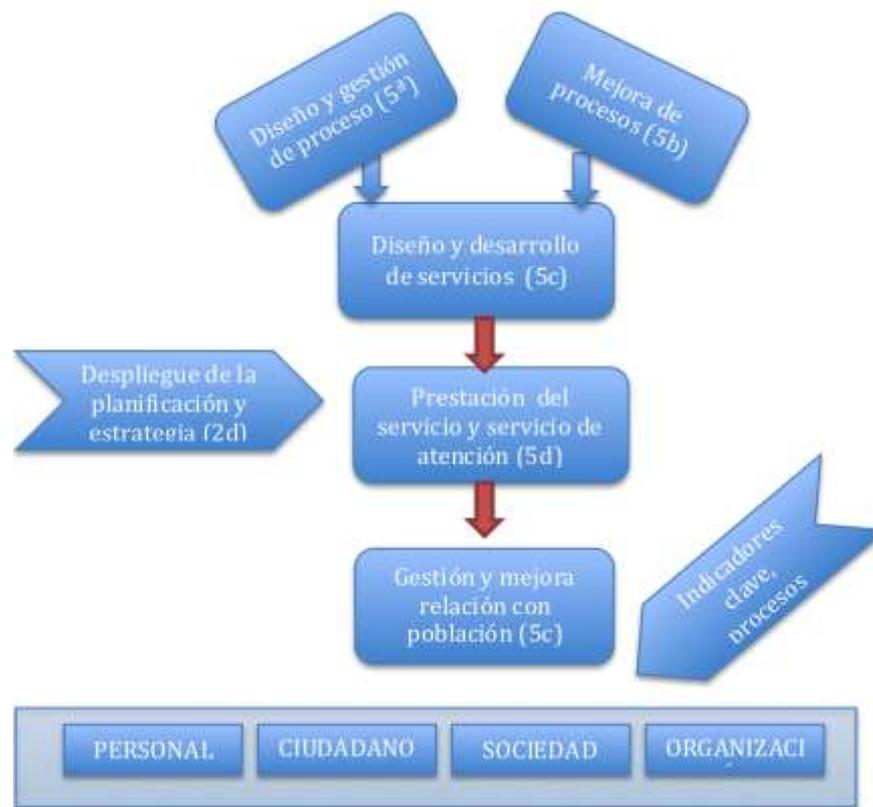
El análisis de estos tres procesos es lo que buscó el trabajo presentado.

El enfoque basado en procesos se desprende del modelo EFQM, que establece 9 criterios de toda organización cuya implantación dirige sus sistemas de gestión hacia la satisfacción equilibrada de todos los grupos de interés. (Villoria & Gonzales, 2008)

La excelencia según este modelo, se basa en nueve conceptos fundamentales, entre los cuales figura la gestión por procesos y hechos. Dentro de este epígrafe, el modelo señala que: “la organización excelente gestionan las actividades en términos de procesos, identificando los propietarios y definiéndolos con detalle, y desarrollando las correspondientes actividades de mejora en base a información relevante y aplicando sistemas de gestión de la calidad” (Herrera, 2004, p. 35)

El criterio dos, trata la planificación y la estrategia, el criterio cinco, se dedica a los procesos de la organización. El despliegue de la planificación y estrategia se consigue a través de los procesos de organización para obtener resultados (criterio 9) del modelo, resultados de la organización, donde se evalúa lo que el órgano administrativo, unidad o centro está logrando en cuanto a metas planteadas, satisfacción de necesidades del usuario externo y expectativas de todas las personas interesadas en sus resultados (Herrera, 2008, p. 36).

Figura 8. Sistema de Gestión por Procesos



Fuente: Trabajando con los procesos: Guía para la Gestión por Procesos. Dirección General de Atención al Ciudadano y Modernización Administrativa. Junta de Castilla y León. 2004, p. 36.”

El sistema de gestión por procesos permite organizar la gestión en una institución de servicios de salud y otras, en la medida que permite diseñar el flujo de atención en los servicios, orienta el despliegue de la planificación estratégica, mejorando la gestión del recurso humano y la relación con los usuarios externos (población). Esta articulación se va a ver reflejada en la mejora de los indicadores claves de los procesos y la satisfacción del usuario externo.

2.3.2 Calidad

Definición de la Calidad

En el mundo de la industria

El concepto de <<calidad>> nace en los años veinte y deriva del mundo de la industria en los EE.UU., en el momento en que se hace necesario verificar el producto final con lo requerido.

Los autores más influyentes sobre calidad en la industria, la definen como:

Juran, la define como “idoneidad o aptitud para el uso”. Un producto o servicio será de calidad si sirve para lo que está previsto que sirva, para ello es imprescindible contar con la definición previa de qué necesidades y expectativas está previsto que sean satisfechas con el servicio o producto a evaluar (Meseguer, 2007, p. 24)

Deming propone definir la Calidad “en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio” la idea es quien compra o demanda el servicio lo hace en función de unas necesidades y expectativas que son las que van a determinar si lo que recibe es o no de calidad (Meseguer, 2007, p.24)

En la década de los 80, y ante el hecho de que la Calidad se convirtiese en el aspecto más competitivo en muchos mercados, se constituye la **Fundación Europea para la Gestión de la Calidad** (E.F.Q.M.), con el fin de reforzar la posición de las empresas europeas en el mercado mundial impulsando en ellas la

Calidad como “factor estratégico clave para lograr una ventaja competitiva global”. Una de las grandes ventajas de la definición del modelo europeo de excelencia es su utilización como referencia para una Autoevaluación, proceso en virtud del cual una empresa se compara con los criterios del modelo para establecer su situación actual y definir objetivos de mejora (Fair, 2006).

Como puede observarse, hay un factor común en estas definiciones, un esquema básico conformado por tres componentes que hay que identificar: proveedor, servicio o producto que se ofrece y el usuario del mismo (el que recibe el servicio), el que brinda el servicio o producto debe conocer claramente las expectativas y necesidades de a quién va dirigido.

Ambos objetivos de la calidad, la satisfacción de las necesidades y expectativas del consumidor y la conformidad con las especificaciones del diseño, las sintetiza Ishikawa, quien refiere “trabajar con calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o un servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario”

Drucker, define a la calidad de un servicio o producto como aquella que el cliente está dispuesto a pagar según lo que obtiene y valora, relacionando calidad con costo.

Calidad Asistencial

En el sector salud, hay múltiples definiciones de calidad, las que responden a diversas interpretaciones sobre lo que significa atender las necesidades de salud de la población a la que van dirigidos los servicios.

Se presentan las definiciones de autores que más han estudiado el tema en el campo de la salud:

Los trabajadores de salud tienden a relacionar la calidad asistencial con calidad técnica; por lo que alta calidad es “hacer bien lo que es adecuado” para los pacientes. (Blumenthal, 1996).

El Dr. Avedis Donabedian, la define como “el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención”. Para su análisis Donabedian propone tres puntos de vista diferentes según quién la define:

- **Calidad absoluta:** Es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, teniendo en cuenta el componente científico-técnico. Este concepto se basa en el concepto de salud-enfermedad, en el estado de la ciencia y la tecnología. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional.

• **Calidad individualizada:** Desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención sanitaria, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costes y los beneficios y los riesgos que comportan la asistencia. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario, es decir, exige que sea el paciente quien decida sobre su proceso, el profesional informará y el paciente y/o familia decidirá.

• **Calidad social:** Desde esta perspectiva habría que valorar el beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad.(Eficiencia: Distribución del beneficio a toda la población) (Donabedian, 1990).

Heather Palmer de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard la define como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario”(Artaza, 2010).

Vicente Falconí, la define como “atender perfectamente, de manera confiable, de manera accesible, de manera segura, y en el tiempo exacto las necesidades de un usuario”(Artaza, 2010, p. 45),

El Instituto de Medicina de EE.UU. en 1972 la define como “asistencia médica de calidad, es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ello” (Navarro, 2012, p. 15).

Los establecimientos, servicios, equipamiento e insumos de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad; el personal debe estar capacitado; y debe contar con agua potable y condiciones sanitarias adecuadas. Es parte de la calidad de los servicios de salud, el trato respetuoso, adecuado y oportuno, a las personas que demandan atención. La obligación estatal implica la provisión de una atención integral, continua y equitativa. Recoge las dimensiones de promoción, prevención, curación, recuperación y rehabilitación. Involucra el derecho y responsabilidad de las personas, familias y comunidades de ser protagonistas de su propia salud, por lo que promueve procesos sociales y políticos que les permitan expresar necesidades y percepciones, participar en la toma de decisiones, así como exigir y vigilar el cumplimiento del derecho a la salud (Medicus Mundi Navarra Perú, 2012).

Según la OMS la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso” (Navarro, 2012, p. 16).

Como hemos podido observar, el concepto de calidad varía de acuerdo a los diversos colectivos que intervienen en la atención de salud y no es posible elegir una como válida, hay que tomar aquella que cubra todos los componentes y se adecue a las circunstancias del entorno.

Tenemos que para los **usuarios** la calidad de un servicio de salud está relacionada con el respeto que se le da a su persona, a sus creencias y conceptos de salud - enfermedad, en relación con la posibilidad que tenga de ser tratado en forma coordinada con medicina tradicional. Los **prestadores** consideran la calidad, como la posibilidad de ofrecer una atención adecuada al paciente y tener los medios necesarios para ejercer sus capacidades y saberes técnicos. Se deberá incluir en esto la consideración no solo de las causas de la patología actual y el diagnóstico y tratamiento de la misma, sino el poder atender al paciente en forma integral, tanto física como psicológica y espiritualmente, y los factores de riesgo para su salud. Y para **los gestores de los servicios de salud**, la calidad está en relación con el cumplimiento de la producción programada para los servicios, además de su participación en el abordaje intersectorial de los riesgos de salud, y de procurar la satisfacción de los usuarios y prestadores en el desempeño de sus funciones.

Alta calidad en salud, es el “grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos” (Luft, en: Jiménez, 2004, en MedicusMundi Navarra Perú, 2012).

En función del enfoque considerado, como: (atención médica, procesos de administración y gestión, población, etc.) y de los sujetos implicados (pacientes, profesionales y administrativos), señalamos lo que mencionan algunos autores “nunca existirá un único criterio de conjunto con el cual medir la calidad de la atención al paciente”, tal es así que, la calidad se concibe como un fenómeno multifacético que incluye componentes susceptibles de ser medidos y capaces de ser definidos.

Luego el concepto evolucionó al término aseguramiento de la calidad, con la cual se buscó la confianza en el logro de la calidad y finalmente aparece el concepto de “calidad total” o de “mejoramiento continuo de la calidad” o de “gestión o gerencia para la calidad” (Asparza, 2010).

Por otro lado, los pacientes o usuarios del sistema sanitario, sin renunciar al componente técnico de la calidad, señalan que en el concepto de calidad asistencial “deben incluirse aspectos como la comunicación médico-paciente”, “la facilidad para lograr en un corto espacio de tiempo la atención solicitada”, “instalaciones adecuadas y cómodas”, “personal amable y dispuesto a ayudarlo”, etc.

Estos conceptos interrelacionados pretenden postularse como el marco filosófico que guíe toda la gestión hospitalaria, que pretende equilibrar resultados (eficacia) con uso racional de los recursos (eficiencia) y la mayor satisfacción del usuario (calidad percibida), con el objeto de contribuir a la equidad del sistema.

Componentes de la Calidad Asistencial

Los atributos de la calidad y la medida de la calidad en los servicios de salud, conlleva un sin número de problemas inherentes a la identificación, monitoreo y evaluación, por ello iniciamos con Avedis Donabedian, una de las figuras más destacadas en cuanto a aportaciones en el campo de calidad en el mundo sanitario. Para mencionado autor, son tres los componentes de la asistencia sanitaria que, relacionados forman parte del conjunto de atributos determinantes de la calidad asistencial de una atención en salud concreta: tenemos: Aspectos técnico-científico, relación interpersonal y otros elementos del entorno (Donabedian, 1989, p.103)

Aspectos científico-técnico, se compone de los aspectos relacionados con el correcto diagnóstico y tratamiento, y depende de los conocimientos y juicios utilizados para llegar a las estrategias de asistencia adecuada, así como de la destreza en ejecutar dichas estrategias.

Aspecto Relación Interpersonal, tiene una importancia máxima en la evaluación de la calidad asistencial, debido a dos razones fundamentales:

a) Por un lado, es el vehículo para llevar a cabo una asistencia técnica correcta. A través del intercambio interpersonal, el paciente comunica la información necesaria para llegar a un diagnóstico y, además, hace saber a su médico sus preferencias, lo que permite que éste seleccione los métodos de asistencia más adecuados. El médico, por su parte, proporciona información a su paciente acerca de la naturaleza, grado de gravedad,

origen y tratamiento de la enfermedad, y lo motiva para que desarrolle una activa colaboración en la asistencia. Por ejemplo, si la forma de tratar el médico a su paciente es tal que transmite a éste último desconfianza, indignación y apatía y, como consecuencia, el paciente decide prescindir de los servicios de ese médico o no completar el tratamiento prescrito, ¿de qué habrá servido una buena asistencia técnica?

b) Por otro lado, la relación interpersonal recoge gran parte de los factores determinantes de un buen servicio desde el punto de vista de los pacientes. La discreción, la intimidad, la elección informada, el cuidado, el tacto en el trato, la responsabilidad, la confianza, la empatía y la sensibilidad son, entre otros, los resultados favorables que derivan de una buena relación interpersonal entre médico y paciente.

Este segundo elemento clave para la valoración del servicio sanitario, implica dentro del personal sanitario, a todo aquel que interactúe de alguna forma con el paciente (médicos, obstetras, enfermeras, técnicos de enfermería, administrativos, etc.), y con respecto al paciente, no sólo a éste, sino también a sus familiares.

Aspecto del Entorno, al que también se refiere con el término “amenidades”, en el que se incluyen elementos como el grado de confort logrado, los servicios de hostelería proporcionados, el sistema de

información, la situación de intimidad en la que se atiende al paciente, etc.(p. 103)

En términos similares al modelo diseñado por Donabedian (1989), Brook y Williams (1975); citados por Varo, 1994, p. 39, proponen la siguiente ecuación para determinar la calidad asistencial:

Calidad de la asistencia = Atención técnica (a) + Arte de la atención (b) + (axb) + Error (e) En la igualdad anterior, la calidad técnica hace referencia a los aspectos relacionados con los procesos diagnósticos y terapéuticos (calidad científico-técnica), mientras que el arte de la atención incluye tanto el componente social o relación interpersonal como el relativo al entorno o ambiente; por lo que respecta al producto (a x b), el autor ha pretendido recoger con él los efectos sinérgicos que se presentan cuando ambos componentes actúan de forma conjunta (Varo, 1994).

Estos elementos o componentes de la calidad asistencial no son exclusivos del ámbito sanitario, sino que están presentes en todos los servicios en general, aunque con variaciones entre ellos, los distintos modelos de calidad de servicio coinciden en distinguir dos componentes fundamentales de la calidad: calidad técnica (Grönroos, 1994), física (Lehtinen y Lehtinen, 1982; citados por Walbridge y Delene, 1993, p. 8) o de resultado (Zeithaml, Parasuraman y Berry, 1993), relacionada con lo que el cliente recibe o con lo que queda cuando el proceso ha finalizado, y

la calidad funcional (Grönroos, 1994), interactiva (Lehtinen y Lehtinen, 1982; citados por Walbridge y Delene, 1993, p. 8) o de proceso (Zeithaml, Parasuraman y Berry, 1993), que representa el cómo, esto es, la forma en la que el servicio ha sido prestado.

Atendiendo a la terminología utilizada por Donabedian (1989), los componentes interpersonal y de entorno determinan la calidad funcional, y ambos expresan la interrelación entre los elementos humanos y físicos del hospital con sus pacientes, mientras que la dimensión técnica, basada en los elementos no interactivos, se corresponde con la calidad científico técnica.

Abordar el tema de calidad asistencial implica necesariamente considerar las expectativas y necesidades de los tres grupos implicados en la asistencia. Estos grupos quedan definidos del modo siguiente: Los pacientes o usuarios del servicio sanitario son los que solicitan la atención. Ellos quieren ser atendidos para su mejora funcional u orgánica, para que se les alivie el dolor o la molestia o para transmitir al profesional sanitario una preocupación sobre su salud. Los profesionales son los que proporcionan la atención y necesitan disponer de recursos para poder desempeñar sus funciones y para poder atender a los usuarios. Dichos recursos abarcan tanto el material y el correcto estado de las instalaciones como la organización, el espacio y el tiempo necesario para la toma de decisiones. Estos profesionales necesitan, a su vez libertad, para actuar

ante el problema de salud y para desarrollar sus actividades y la Administración, que es la encargada de proporcionar esos recursos necesarios y, además, promueve un uso adecuado y eficiente de los mismos; el objetivo final es lograr la satisfacción tanto del usuario como del profesional. Tradicionalmente, los profesionales sanitarios han fundamentado la calidad en los aspectos científicos y técnicos (Esteban y Fernández, 1988, p.166). Tres son los aspectos de la calidad en los que se han centrado principalmente (Phillips, Carson y Roe, 1998, p. 36): cualificación (conocimientos y habilidades de los médicos), procedimientos terapéuticos adecuados y efectividad del tratamiento indicado.

Adoptando este enfoque más global, mostramos a continuación la figura 9, los distintos componentes empleados según distintos autores y organismos para medir la calidad asistencial.

Figura 9. Propuesta acerca de las dimensiones que integral la calidad asistencial

Propuestas acerca de las dimensiones que integran la calidad asistencial

OMS ¹ (1967)	Vuori (1996, p. 40)	APHA ² (1969)	JCAHO ³ (1995, p. 31)	Maxwell (1989, p. 470)	WHO ⁴ (1989)	Palmer ⁵ (1983)	Programa Iberico ⁶
Calidad científico-técnica	Calidad científico-técnica	Calidad científico-técnica			Calidad científico-técnica	Competencia profesional	Calidad científico-técnica
Efectividad	Efectividad			Efectividad		Efectividad	
Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	Efectividad	
	Adecuación		Adecuación				
		Accesibilidad		Accesibilidad		Accesibilidad	Accesibilidad
		Continuidad					
		Satisfacción del paciente			Satisfacción del paciente	Satisfacción del paciente	Satisfacción del paciente
		Satisfacción del profesional					
			Eficacia				
			Disponibilidad				
			Oportunidad				
			Continuidad				
			Respeto y cuidado				
			Seguridad				
				Relevancia			
				Equidad			
				Acceptabilidad			
				social			

Fuente:Elaboración propia.

¹OMS:Organización Mundial de la Salud.

²APHA American Public Health Association;citado por Vuori,1996,pp. 38-39.

³JCAHO: Joint Commision on Accreditation of Hospitals.

⁴WHO:Working Group on Quality;citado por Aggarwal y Zairi,1997, p. 354.

⁵Citado por Saturno, 1993, p. 7.

⁶Citado por Saturno, 1993, p. 7.

En consenso y de manera de integrar todos los modelos presentados, Varo identifica, define y desarrolla las siguientes dimensiones de la asistencia sanitaria relacionadas con la calidad:

- **Efectividad:** se refiere al impacto de un determinado procedimiento o práctica asistencial, en términos de mejoras del nivel de salud; alude también a la relación entre el impacto real de un servicio o programa y su impacto potencial en una situación ideal.

- **Eficiencia:** relación entre el impacto real de un servicio o programa y su coste de producción. Comprende dos características: idoneidad de los servicios y costes de los mismos.
- **Seguridad:** balance positivo de la relación beneficios/riesgos.
- **Adecuación:** relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de una población. Posee un componente numérico (cantidad total de servicios con relación a las necesidades) y un componente de distribución (disponibilidad de los servicios en cada zona y por sub grupos poblacionales)
- **Calidad científico-técnica:** grado de aplicación de los conocimientos y tecnologías médicas disponibles.
- **Aceptabilidad:** incluye dos dimensiones; la primera alude a la satisfacción del paciente o grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma, y la segunda a la cooperación del paciente o grado en que éste cumple el plan de atención.
- **Satisfacción del profesional:** grado de complacencia del profesional con las condiciones de trabajo.
- **Disponibilidad/Accesibilidad:** el primero de estos elementos, la disponibilidad, se refiere al grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo; los servicios sanitarios, por regla general, deben estar disponibles cuando lo precise el paciente. Por su parte, la accesibilidad depende de la facilidad con que se accede a los servicios médicos, que

puede encontrarse con diversas barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales.

- **Continuidad:** Implica completar el tratamiento del paciente como un todo, un sistema de atención integral. Para que el plan de cuidados de un paciente progrese sin interrupciones, los servicios deben ser continuos y estar coordinados.

Puntos de Controversia

La calidad es un concepto multidimensional sujeto a equívocos y controversias, las más frecuentes son:

a) Conflicto entre calidad científico-técnica y satisfacción del usuario:

En el proceso asistencial el paciente puede estar muy satisfecho aunque la atención recibida no sea del todo adecuada desde el punto de vista científico; también ocurre que pueden quedar descontentos aun recibiendo cuidados científicamente correcto, porque a veces ellos quieren o esperan algo que incluso puede ser perjudicial o como mínimo irrelevante o innecesario. ¿Qué es lo más importante?, en cuál de estas dos situaciones existe mayor calidad. Si llegamos a esta pregunta es que no hemos entendido en absoluto la definición de calidad. Hemos dicho que calidad es el sumatorio de sus componentes, por tanto no hay que considerar estas dimensiones como contrapuestas sino de forma conjunta, si falta alguna de ellas, la conclusión es que la calidad es mejorable.

b) Calidad aparente/real; Calidad global/específica:

Es una equivocación valorar la calidad por las apariencias en vez de utilizando datos objetivos. Un ejemplo de calidad aparente es la impresión

que nos puede causar una mayor o menor sofisticación o cantidad de equipamiento con que cuente los centros, cuando lo importante es saber si en la provisión de servicios concretos este equipamiento se utiliza convenientemente, es decir, la calidad real y objetiva. De igual forma, el mito de la calidad global es a veces difícil de superar, por lo atractivo que resulta; sin embargo, es un hecho que cualquier centro ofrece una gran variedad de servicios y no hay ningún indicador que pueda resumir la calidad de todos; en cambio, lo correcto sería llevar la discusión al nivel de calidad específica de cada uno de los servicios concretos que se ofrecen.

c) Calidad como algo subjetivo:

Una discusión clásica al definir calidad de la atención es la formulación sesgada que puede producirse según cuál sea el punto de vista- usuarios, gestores, proveedores directos- que predomine en la misma. En general si se lleva estas diferencias a sus rasgos más gruesos, los profesionales aprecian en primer lugar, una atención científicamente correcta, dentro de las limitaciones de la tecnología existente, y casi siempre sesgada a la mejora de la salud de cada paciente individualizado, en cuyo interés actúan; encuentran difícil incorporar las dimensiones sociales y poblacionales, y los criterios de eficiencia en las decisiones clínicas frente al paciente individual; por el contrario, estas últimas dimensiones serían las que habrían de valorar los gestores, la administración en general, como primordiales. Los usuarios, en cambio, tienden a coincidir con los profesionales en el rechazo a considerar las limitaciones de recursos en la atención al paciente individual, y aprecian como determinantes de la

calidad el trato interpersonal, la accesibilidad y los resultados concretos de mejora en su salud y bienestar a corto plazo, más que consideraciones de índole científico-técnica en sentido estricto, sobre las cuales es obvio que no tiene, en general, elementos de juicio suficientes para valorarlos.

La Calidad Asistencial Percibida por el usuario externo

En la Ley General de Salud, Ley N° 26842, en el Artículo 15°.- Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho: a) Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad; b) A exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica, con las excepciones que la ley establece; c) A no ser sometida, sin su consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes; d) A no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos sin ser debidamente informada sobre la condición experimental de éstos, de los riesgos que corre y sin que medie previamente su consentimiento escrito o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere, o si estuviere impedida de hacerlo; e) A no ser discriminado en razón de cualquier enfermedad o padecimiento que le afectare; f) A que se le brinde información veraz, oportuna y completa sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio; g) A que se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y

advertencias de los medicamentos que se le prescriban y administren; h) A qué se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste; i) A qué se le entregue el informe de alta al finalizar su estancia en el establecimiento de salud y, si lo solicita, copia de la epicrisis y de su historia clínica;

En el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo D.S. 013-2006-SA, en su título cuarto, menciona al respecto de la **garantía de la calidad** en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, específicamente en el Artículo 98°: **Estándares e Indicadores de Calidad**, “ Los estándares e indicadores de la calidad evaluarán: a.- La competencia técnica y desempeño de los profesionales y personal que presta atención, acordes a los servicios que presta el establecimiento o servicio médico de apoyo. b.- La seguridad del paciente frente al riesgo de lesiones asociadas con los servicios de salud ofrecidos. c.- La continuidad de los servicios prestados. d.- **La satisfacción del usuario o paciente en sus demandas y expectativas**. e.- Uso eficiente de los recursos.

La política nacional de calidad en Salud, tiene como finalidad contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional.

La primera política de Calidad en Salud: **Garantiza el derecho a la calidad de atención**, por ende la autoridad sanitaria es garante del derecho a la calidad de la atención brindada por las organizaciones proveedoras de atención de salud, pública, privada y mixta. Esta política tiene el objetivo de fortalecer la Rectoría de la autoridad sanitaria en el campo de la calidad de atención en el ámbito nacional; y, la tercera estrategia, se refiere al establecimiento de mecanismos de evaluación de la **percepción de calidad de atención por parte de los usuarios**.

La óptica del paciente o modo de entender la calidad desde su punto de vista, es actualmente un factor esencial, de manera que el paciente pasa a ser el centro de la atención, originando un cambio de actitud básica en todo el sistema de salud, y la calidad se obtiene a medida que los procesos sean diseñados, establecidos sobre la premisa de satisfacer no solo las necesidades de asistencia de salud del paciente, sino también de cumplir con sus expectativas.

El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, documento técnico aprobado con Resolución Ministerial N° 519-2006, el 30 de mayo del 2006, tiene como finalidad contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. En este documento la satisfacción del usuario es de fundamental importancia como una medida de la calidad asistencial,

porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del mismo.(MINSA, 2006)

En el año 2011, se aprobó con la Resolución Ministerial N° 527-2011, la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud (EE.SS) y Servicios Médicos de Apoyo", donde se señala que el poblador demandante de atención en salud es el centro del sistema de salud público, por ende satisfacer necesidades y expectativas, se convierten en objetivos fundamentales, incorporándose como un indicador de proceso y resultado de la atención en salud.

La definición de una atención de calidad de acuerdo con los nuevos principios de la mejora continua de la calidad incluye como elemento indispensable, además del criterio del profesional acerca de las necesidades del paciente en la atención de salud, también el criterio del paciente acerca del resultado de la atención brindada. En segundo lugar, el paciente también ha cambiado. Así los factores como el respeto por las preferencias del paciente, la coordinación en el cuidado, la información de los efectos a largo plazo de la enfermedad, al apoyo emocional y la implicación de familiares y amigos en las decisiones o preparación para la alta contribuyen a formar sus percepciones de calidad (Villegas, Rosa, 2004, p.5). Por todo ello se puede decir ahora que, los pacientes se han empoderado en el cuidado de su salud, siendo indispensable contar con su opinión y autorización.

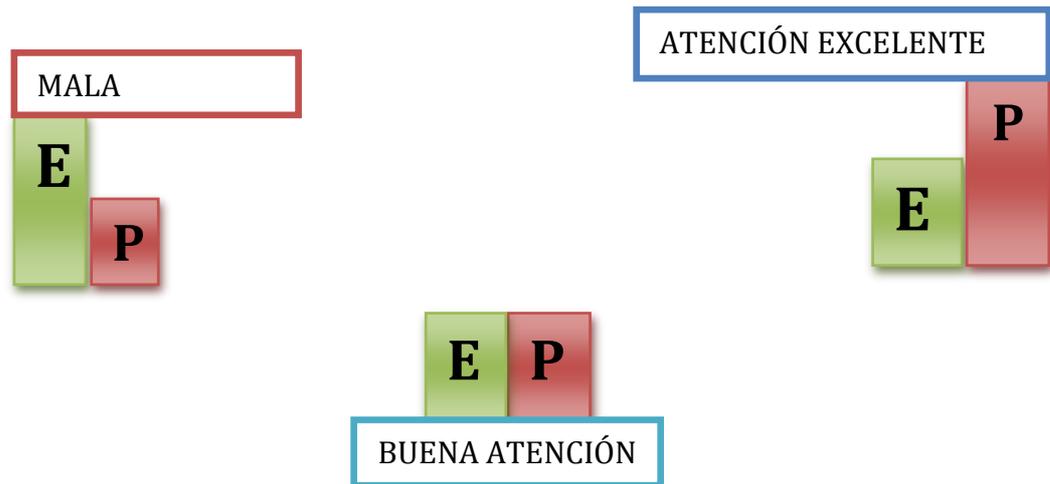
La satisfacción del usuario externo es el indicador más utilizado y expresa un juicio de valor subjetivo de la atención recibida, frente a las controversias generadas, la Guía Técnica para la evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los EE.SS. y Servicios Médicos de Apoyo, presenta un método para recopilar información de los usuarios, basado en la escala SERVQUAL, es una escala multidimensional elaborada por Parasuraman et al. (1988), diseñada y validada para medir satisfacción de los usuarios externos en empresas de servicios. La concepción de la Calidad del SERVQUAL, se basa en definir la calidad de atención como “la brecha o diferencia (P-E) entre las expectativas (E) y las percepciones (P) de los usuarios.”(MINSA, 2011).Esta escala, se basa en el modelo extendido de calidad del servicio.

Dimensiones de la Calidad asistencial percibida, según la propuesta modificada de Parasuraman, Zeithmal y Berry, en la Escala SERVQUAL.

1. Fiabilidad (F): Capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido.
2. Capacidad de respuesta (CR): Disposición de servir a los usuarios y proveerles un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable.
3. Seguridad (S): Evalúa la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza.
4. Empatía (E): Es la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro.

5. Aspectos tangibles (T): Son los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución. Están relacionados con las condiciones y apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad.

Figura 10. Dimensiones de la calidad y su valor



Fuente: MINSA, 2011

El SERVQUAL asume que los clientes establecen la calidad del servicio en función de la diferencia entre las expectativas acerca de lo que recibirán y las percepciones de lo que se les entrega. Concluyen en que los factores encontrados que son determinantes en la calidad del servicio, principalmente implican comunicación y procesos de control.

Esto se relaciona con la evaluación de la calidad, el enfoque tripartito propuesto por Avedis Donabedian, en la medida que una buena estructura aumenta la posibilidad de un buen proceso y un buen proceso aumenta la posibilidad de un buen resultado:

- 1) Análisis de la estructura: se valora la capacidad de los medios materiales (edificios, instalaciones, etc.), medios humanos (índice de personal, dedicación, etc.) y la estructura organizativa (gobierno, grado de participación, etc.). Cualidades tangibles necesarias en la atención de salud a la hora de brindar un servicio. Irvine y Sidani la definen como cualidades consistentes que poseen el profesional, el paciente y la organización y que de forma directa influyen en los procesos y resultados de la atención.

- 2) Análisis del proceso: se valora la calidad de los métodos, es una forma indirecta de análisis, determinando lo que hace, cómo lo hace y su funcionamiento. Tiene que ver con las interacciones entre, profesionales y sus clientes acerca de los cuales se puede emitir un juicio de valor. Según Donabedian e Irvine y Sidani, el buen desarrollo del proceso depende de la calidad de la estructura, ya que su articulación con esta permite establecer el dominio en la atención mediante la adecuada utilización de los recursos disponibles para la prestación del servicio de salud (Barró, 2013, p. 40).

- 3) Análisis de los resultados: se valora la calidad del producto o resultado final de la asistencia. Los métodos anteriores, el estructural y el de proceso, son indirectos, es decir, no garantizan la calidad que el usuario o “cliente externo” recibe. Todos los efectos de la asistencia en el estado de salud del paciente (grado de satisfacción). Los resultados permiten conocer la calidad del servicio del proceso y de la estructura, se habla entonces de

satisfacción del cliente, del equipo de salud, impacto de los costos, en relación con las intervenciones realizadas en los procesos.

2.3.3 La gestión por Procesos y la calidad asistencial percibida por el usuario externo

Una organización que base su funcionamiento en un Sistema de Gestión por Procesos, ha de tener en cuenta y aplicar los principios de la calidad total en los mismos, como son:

1. Satisfacción del cliente

Todo proceso ha de ser orientado a la satisfacción de las necesidades de sus clientes, tanto internos como externos, mediante el establecimiento de un flujo de información bidireccional que permita establecer los requisitos o criterios válidos, tanto deseables como posibles, y diseñar los procesos de trabajo que garanticen la satisfacción de dichos requisitos.

2. Seguimiento y Control: Mejora continua

Todos los procesos han de tener un responsable designado que asegure el cumplimiento de los objetivos trazados y vigile de forma continuada la eficacia del proceso. Todos los procesos deberán estar sujetos a una revisión y mejora continua como indica el ciclo PDCA: Planificar, implantar, revisar y mejorar.

Figura 11. Ciclo de Deming - PDCA



Fuente: Adaptado de Deming, WE en Díaz-Regañón, R. y Cols. Calidad en el Servicio. Manual de Calidad Asistencial. SESCOAM, Castilla la Mancha. 2009.

Barró (2013), refiere que “para Deming, no basta solo el reconocimiento de la empresa sobre lo bueno, útil y provechoso que será un producto que cumple con las características específicas de producción, sino también reconocer la percepción que el consumidor tiene de ese producto, si realmente cumple con sus expectativas, intereses y gustos particulares” (p. 34).

Deming en su larga trayectoria en el manejo del tema de la calidad aprendió que pensar en calidad basado en el consumidor no es un trabajo fácil, puesto que cumplirles a multitudes de clientes es una tarea ardua, pero, sin embargo reconoce que el objeto de los estudios de las preferencias del consumidor consiste en ajustar el producto al público consumidor, y no, el público al producto. (Deming, 1989, en Walton, 2004)

3. Hacer coherente la visión y la misión

La gestión por procesos supone la incorporación de todas las funciones de gestión en un sistema integrado y alineado con la misión, visión y objetivos estratégicos de la organización. Además se mejora la competitividad de la organización y optimiza la gestión de los recursos y alianzas.

4. Dirección basada en resultados

Un sistema de gestión por procesos ha de acompañarse de instrumentos o procedimientos de apoyo a la dirección que, de forma sistémica, permitan la recogida de la información necesaria sobre resultados obtenidos y su interpretación objetiva, facilitando la toma de decisiones para la mejora continua.

5. Satisfacción del personal

Un sistema de gestión por procesos, contribuye a que el personal de la organización adquiera los conocimientos, habilidades y formación necesarias para desarrollar los procesos de forma eficaz y eficiente. La gestión por procesos facilita, igualmente, el aumento de la comunicación en el lugar de trabajo, refuerza el trabajo en equipo y la participación del personal en la identificación de mejoras y su implantación.

(Herrera, 2004. pp. 40-42)

Johnson, Tsiros & Lancioni (1995), a partir de la teoría general de sistemas modelan la calidad del servicio y los agrupan en los elementos que forman parte de los procesos de gestión, como son:

Entrada (Input).- Se considera si existen condiciones para que pueda realizarse el servicio, tenemos: la infraestructura necesaria para dotar el servicio, si las áreas están apropiadamente amuebladas, limpias y listas, y si previamente se han seleccionado los proveedores adecuados; el conocimiento y habilidades que posean los empleados es un input crítico.

Proceso (Process).- Se refiere a la calidad de la interacción entre proveedores y consumidores, esto es cuando el servicio se produce, ya que producción y

consumo son inseparables, para Parasuraman, Zeithaml & Berry (1985), los consumidores frecuentemente interactúan con el personal de servicio y así se ven directamente afectados por el proceso de producción del servicio. Accesibilidad, disponibilidad, cortesía, y propiedad para la respuesta forman parte del proceso de calidad.

Salida (Output).- La tercera dimensión del modelo, es una medición de lo que ha sido producido como un resultado de proveer el servicio. Regularmente implica un cambio en el estado físico o mental del consumidor o un cambio en alguna de sus posesiones. Los outputs de un sistema son provenientes de otros sistemas, adquiridos por los consumidores para su propio uso, consumidos por el mismo sistema en un subsecuente ciclo productivo. Cuando esto sucede así se denomina retroalimentación. Un ejemplo puede ser la experiencia que adquieren los empleados de un servicio determinado y que es aplicado a otro servicio o a futuros servicios para hacerlos más eficientes.

2.3.4 Gestión de la Calidad (PMBOK)

El PMBOK , se enfoca en proyectos, que entregan un producto o servicio al cliente.

La Guía de los fundamentos para la dirección de Proyectos (PMBOK) es un estándar reconocido por la profesión de administración de proyectos que ha evolucionado a partir de las buenas prácticas reconocidas.

Un proyecto es un esfuerzo temporal emprendido para crear un producto, servicio o resultado único y la administración de proyectos es la aplicación de conocimientos, habilidades, herramientas y técnicas a las actividades del proyecto para cumplir con los requisitos del proyecto.

La Guía del PMBOK® identifica ese subconjunto de fundamentos de la dirección de proyectos generalmente reconocido como buenas prácticas. “Generalmente reconocido” significa que los conocimientos y prácticas descritos se aplican a la mayoría de los proyectos, la mayor parte del tiempo, y que existe consenso sobre su valor y utilidad. “Buenas prácticas” significa que se está de acuerdo, en general, en que la aplicación de estas habilidades, herramientas y técnicas puede aumentar las posibilidades de éxito de una amplia variedad de proyectos. Buenas prácticas no significa que el conocimiento descrito deba aplicarse siempre de la misma manera en todos los proyectos; la organización y/o el equipo de dirección del proyecto son responsables de establecer lo que es apropiado para un proyecto determinado (PMBOK, 2013)

La dirección de proyectos es la aplicación de conocimientos, habilidades, herramientas y técnicas a las actividades del proyecto para cumplir con los requisitos del mismo. Se logra mediante la aplicación e integración adecuadas de los 47 procesos de la dirección de proyectos, agrupados lógicamente en 5 grupos de procesos.

- El Grupo del Proceso de Iniciación está compuesto por aquellos procesos realizados para definir un nuevo proyecto o una nueva fase de un proyecto ya existente, mediante la obtención de la autorización para comenzar dicho proyecto o fase. Dentro de los procesos de iniciación, se define el alcance inicial y se comprometen los recursos financieros iniciales. Se identifican los interesados internos y externos que van a interactuar y ejercer alguna influencia sobre el resultado global del proyecto

- El Grupo del Proceso de Planificación está compuesto por aquellos procesos realizados para establecer el alcance total del esfuerzo, definir y refinar los objetivos, y desarrollar la línea de acción requerida para alcanzar dichos objetivos. Los procesos de planificación desarrollan el plan para la dirección del proyecto y los documentos del proyecto que se utilizarán para llevarlo a cabo. La naturaleza multidimensional de la dirección de proyectos genera bucles de retroalimentación repetidos que permiten un análisis adicional. A medida que se recopilan o se comprenden más características o informaciones sobre el proyecto, puede ser necesaria una mayor planificación. Los cambios importantes que

ocurren a lo largo del ciclo de vida del proyecto generan la necesidad de reconsiderar uno o más de los procesos de planificación y, posiblemente, algunos de los procesos de iniciación. Esta incorporación progresiva de detalles al plan para la dirección del proyecto recibe generalmente el nombre de “planificación gradual”, para indicar que la planificación y la documentación son procesos repetitivos y continuos.

- El Grupo del Proceso de Ejecución está compuesto por aquellos procesos realizados para completar el trabajo definido en el plan para la dirección del proyecto a fin de cumplir con las especificaciones del mismo. Este grupo de procesos implica coordinar personas y recursos, así como integrar y realizar las actividades del proyecto de conformidad con el plan para la dirección del proyecto.

- El grupo del Proceso de Seguimiento y Control está compuesto por aquellos procesos requeridos para supervisar, analizar y regular el progreso y el desempeño del proyecto, para identificar áreas en las que el plan requiera cambios y para iniciar los cambios correspondientes. El beneficio clave de este grupo de procesos radica en que el desempeño del proyecto se observa y se mide de manera sistemática y regular, a fin de identificar variaciones respecto del plan para la dirección del proyecto. El grupo de procesos de seguimiento y control también incluye:

- a. controlar cambios y recomendar acciones preventivas para anticipar posibles problemas,

b. dar seguimiento a las actividades del proyecto, comparándolas con el plan para la dirección del proyecto y la línea base desempeño de ejecución del proyecto

c. influir en los factores que podrían eludir el control integrado de cambios, de modo que únicamente se implementen cambios aprobados.

Este seguimiento continuo proporciona al equipo del proyecto conocimientos sobre la salud del proyecto y permite identificar las áreas que requieren más atención.

- El Grupo del Proceso del Cierre está compuesto por aquellos procesos realizados para finalizar todas las actividades a través de todos los grupos de procesos de la dirección de proyectos, a fin de completar formalmente el proyecto, una fase del mismo u otras obligaciones contractuales. Este grupo de procesos, una vez completado, verifica que los procesos definidos se hayan completado dentro de todos los grupos de procesos a fin de cerrar el proyecto o una fase del mismo, según corresponda, y establece formalmente que el proyecto o fase del mismo ha finalizado.

Las área del conocimiento que integra y relaciona los grupos de procesos son 10:

1. Gestión de la Integración del Proyecto
2. Gestión del Alcance del Proyecto
3. Gestión del Tiempo del Proyecto
4. Gestión de los Costos del Proyecto
5. Gestión de la Calidad del Proyecto

6. Gestión de los Recursos Humanos del Proyecto
7. Gestión de las Comunicaciones del Proyecto
8. Gestión de los Riesgos del Proyecto
9. Gestión de las Adquisiciones del Proyecto
10. Gestión de los Interesados

Figura 12. Las áreas de conocimiento del PMBOK



Fuente: [<http://daviddmb.wordpress.com/2013/07/24/23-areas-del-conocimiento-pmbok-5-edicion/>]

2.4 Modelo de Gestión Hospitalaria – Normativa del Ministerio de Salud

El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud se formula en el marco de los Lineamientos de Política del Sector Salud y los principios de solidaridad, universalidad, calidad, integralidad, equidad, eficiencia y eficacia establecidos por el Ministerio de Salud y que se expresan en la visión y misión definidas para la presente década (MINSa, 2010, p. 182)

Las políticas de Ministerio de Salud que orientan la gestión de la calidad se fundamentan en el reconocimiento del derecho a la salud y en el principio de “Salud para Todos” que demanda calidad – y no sólo cantidad – en la oferta de servicios de salud.

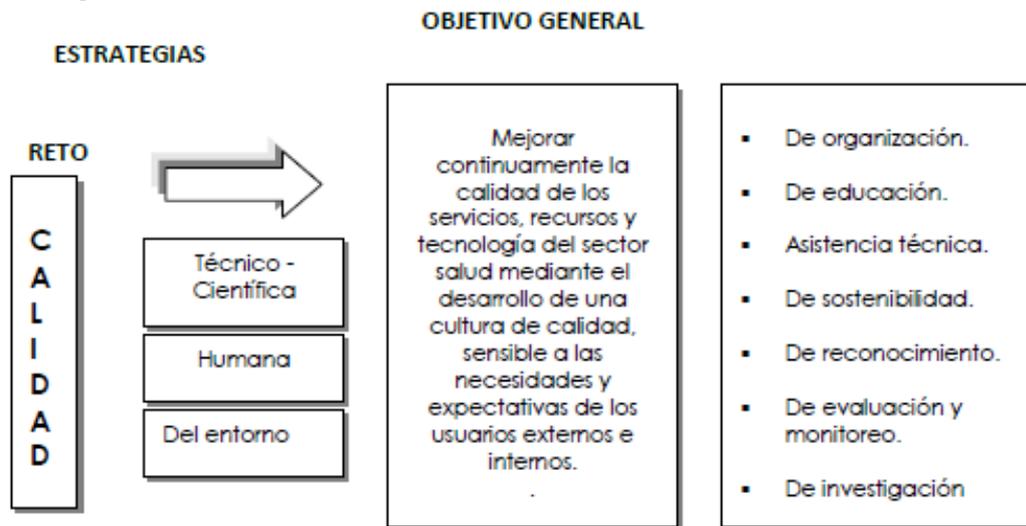
Los principios en los que se fundamenta el Sistema de Gestión de la Calidad en salud son:

- a) **Enfoque al usuario:** las organizaciones dependen de sus usuarios; por lo tanto, deben entender sus necesidades presentes y futuras, satisfacer sus demandas específicas y esforzarse en exceder sus expectativas.
- b) **Liderazgo:** el cumplimiento de los objetivos de la calidad, requiere de líderes que conduzcan a sus establecimientos a la mejora continua.
- c) **Participación del personal:** el personal de todos los niveles es la esencia de la organización, pues mediante su compromiso

posibilita el uso de sus habilidades y conocimientos en beneficio de la calidad.

- d) **Enfoque basado en procesos:** un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.
- e) **Enfoque sistémico para la gestión:** identificar, comprender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización.
- f) **Mejora continua de la calidad:** la mejora continua del desempeño global de la organización debe generar una necesidad permanente de elevar los estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos.
- g) **Toma de Decisiones basada en Evidencias:** las decisiones eficaces se basan en el análisis de datos y la información.
- h) **Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:** una organización y sus proveedores son interdependientes en la generación del valor.

Figura 13. Sistema de Gestión de la Calidad



Fuente: Modelo de Gestión Hospitalaria - MINSA, 2010

¿De qué manera podemos organizar el Sistema de Gestión de la Calidad?

El Ministerio de Salud, recomienda estructurar la organización en estos componentes:

- 1) **Planificación de la Calidad:** Implica la definición de los objetivos y políticas, diseño y formulación de estrategias, y su despliegue afectivo en todos los niveles del sistema de salud, así como en su efectiva implementación.
- 2) **Organización de la Calidad:** Implica la definición de un diseño organizacional que permita llevar a cabo las funciones para la calidad, debidamente integrado al sistema de salud. La institucionalización de la calidad se logra y se mantiene cuando se convierte en una actividad continua de los establecimientos del

sector. Dichas actividades son sostenibles cuando los conocimientos, el nivel de compromiso y los recursos son suficientes para aplicar, adaptar, sostener y continuar desarrollando el proceso de garantía y mejoramiento de la calidad en salud. La organización para la calidad comprenderá la organización a nivel nacional, regional, local.

3) **Garantía y Mejora de la Calidad:** la Garantía y mejora de la calidad implica asegurar que se genere, mantenga y mejore la calidad en los servicios de salud a través de procesos tales como:

- Evaluación, monitoreo y toma de decisiones
- Auditoria de la calidad de atención en salud
- Acreditación de establecimientos y servicios
- Evaluación de la tecnología sanitaria
- Mejoramiento continuo de la calidad

El desarrollo implica ingresar en una fase de reflexión y regulación, para compartir conocimientos, comparar logros, uniformizar conceptos y herramientas, incorporar innovaciones y enriquecer los avances con los aportes colectivos, tal como lo podremos apreciar en los proyectos de mejora.

4) **Control y evaluación con Información de la calidad:** El cuarto componente de información para la calidad está concebido como el conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos que permitan contar con evidencias de manera permanente y

organizada de la calidad de atención y niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos.

2.4.1 Lineamientos de Política de Gestión Hospitalaria

El Modelo de Gestión Hospitalaria se encuentra en concordancia con los Lineamientos de Política de Salud 2007-20020 y adscribe los principios recogidos en el Documento Técnico del Modelo de Atención Integral de Salud que son los siguientes.

- La solidaridad es el camino.
- La universalización del acceso a la salud es nuestra legítima aspiración.
- La familia es la unidad básica de salud con la cual trabajar.
- La integridad de la persona y de la atención se corresponden.
- La eficacia y la eficiencia son exigencias irrenunciables.
- La calidad de la atención es un derecho ciudadano.
- La equidad es un principio elemental de la justicia social.

Así mismo, en forma específica se consideran los siguientes Lineamientos de Política que orientan al Modelo de Gestión Hospitalaria:

Lineamiento de política 1: La orientación al usuario

Los procesos desarrollados en el hospital deben centrarse en las necesidades de los usuarios, así como la organización de la oferta hospitalaria y su estructura organizativa. La organización debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a los efectos de los cambios sociales y culturales de los usuarios, así como cambios en los perfiles epidemiológicos de la población. El hospital debe ser capaz de dar respuestas flexibles y claras a las necesidades de salud de la población.

Lineamiento de política 2: La productividad social de la gestión hospitalaria basada en la Excelencia

El objetivo de productividad que el hospital debe alcanzar, supone desarrollar las actividades que tiendan a mejorar los resultados clínicos, aumentar el impacto social de éstos y hacer el mejor uso de los recursos disponibles. La búsqueda de la excelencia institucional exige que los profesionales de la salud participen decididamente en la gestión eficiente de los recursos hospitalarios y se preocupen al mismo tiempo por la calidad de la gestión clínica.

Lineamiento de política 3: Autonomía responsable en el contexto de coordinación e integración en redes

La mayor autonomía hospitalaria es con el fin de disminuir rigidez y lograr mayor capacidad de respuesta a las necesidades de los usuarios sin desintegrar el sistema de atención. El objetivo central es lograr mayores competencias para ajustar la oferta de servicios hospitalarios en el marco de servicios integrados y cooperativos de atención en redes de servicios de salud en el sistema de salud.

Lo esencial de la autonomía hospitalaria es que esta incluya las competencias y la responsabilidad para que el equipo de gestión del hospital pueda gozar de capacidad de maniobrar para disponer sus recursos del modo más conveniente para el cumplimiento de su misión.

Lineamiento de política 4: Gestión contractual

El concepto de autonomía no puede estar fuera del concepto de compromisos de gestión entre niveles o actores involucrados en la gestión de hospitales.

La lógica de contratos y de la negociación entre partes, debe a su vez comprenderse en el contexto de instrumentos concebidos para evaluar el desempeño de la gestión, centrándose en evaluar la eficiencia de los mecanismos de asignación de recursos, los resultados de la gestión financiera y de la gestión clínica y la calidad de atención. Así mismo, la gestión contractual debe entenderse en un flujo bidireccional entre niveles o partes como el nivel nacional y regional con la dirección del hospital y ésta a su vez con las unidades productoras de servicios de salud UPS.

Lineamiento de política 5: Pluralismo financiero

Los financiadores de un mismo hospital tienden a diversificarse, en forma simultánea puede existir más de un financiador.

Lineamiento de política 6: Participación social

La participación ciudadana constituye una forma de acercar al hospital a la comunidad y una vía para que esta pueda hacer valer sus derechos y deberes en salud.

Lineamiento de política 7: Transparencia y responsabilidad

La responsabilidad se entiende como la asunción libre y consciente de las consecuencias de nuestras acciones frente a los usuarios y a quienes entregan recursos para atender las demandas. La responsabilidad del hospital se entiende ante la red de servicios de salud y ante la comunidad, así como la responsabilidad ante los poderes públicos administrativos o judiciales.

2.4.2 Definición del Modelo de Gestión Hospitalaria

El Modelo de Gestión Hospitalaria viene a ser el marco conceptual y operativo de referencia que define la forma de regular la gestión hospitalaria por el Estado, a través de un conjunto de políticas, sistemas, componentes, procesos e instrumentos para que al operar coherentemente establecen la forma de conducir los servicios de salud del segundo y tercer nivel de atención y dirigir su organización, permitiendo una adecuada y oportuna toma de decisiones para el logro de los objetivos sanitarios y económicos en el marco de una red de servicios de salud.

2.4.3 Niveles del Modelo de Gestión Hospitalaria

En el presente Modelo de Gestión Hospitalaria, se hace necesario para lograr cambios en la gestión de los hospitales, actuar en tres niveles de gestión, con el fin de tener coherencia integralidad y mayor impacto en las intervenciones. Los tres niveles de gestión serán:

- **Nivel Nacional y Regional:** Este nivel involucra la Macrogestión o Gestión Pública Hospitalaria, que conforma las intervenciones del estado para corregir fallas del mercado y mejorar el bienestar social a través de la regulación en los aspectos de tecnología, recursos humanos, organización, financiamiento en el marco de la gestión hospitalaria.
- **Nivel Hospitalario:** Este nivel involucra directamente la Mesogestión o Gestión Institucional Hospitalaria, se refiere a la gestión institucional global del hospital.
- **Nivel de Unidad Productora de Servicios de Salud:** Este nivel involucra a la Microgestión o Gestión Clínica, se refiere a la gestión de las Unidades Productoras de Servicios de Salud UPS al interior de cada hospital.

2.4.4 Componentes del Modelo de Gestión Hospitalaria

En el marco de estos 03 niveles, el modelo de gestión hospitalaria se define en 10 componentes, que vienen a ser las líneas de intervención necesarias para modificar los procesos de gestión en el hospital. Los componentes del modelo son los siguientes:

- **Gestión Clínica**
- **Gestión Administrativa**
- Gestión de Recursos Humanos
- Gestión de Recursos Tecnológicos
- Gestión del Sistema de Información

- Investigación y Docencia
- Financiamiento y Mecanismo de Pago
- Plataforma Organizativa
- Plataforma Estratégica
- Plataforma Jurídica

Figura 14. Componentes del Modelo de Gestión Hospitalaria



Fuente: Modelo de Gestión Hospitalaria - MINSA, 2010.

2.4.4.1 Gestión Administrativa

La administración es una de las actividades humanas más importantes. Desde que los seres humanos comenzaron a formar grupos para cumplir propósitos que no podían alcanzar de manera individual, la administración ha sido esencial para garantizar la coordinación de los esfuerzos y contribuciones individuales al cumplimiento de objetivos grupales.

La administración es el proceso de diseñar y mantener un entorno en el que, trabajando en equipo, los individuos cumplan eficientemente objetivos específicos. En un sentido más amplio, la administración es un conjunto ordenado y sistematizado de técnicas y prácticas que tiene como finalidad apoyar la consecución de los objetivos de una organización a través de la provisión de los medios necesarios para obtener los resultados con la mayor eficiencia, eficacia y congruencia; así como la óptima coordinación y aprovechamiento del personal y los recursos técnicos, materiales y financieros.

En tal sentido, se define a la Gestión Administrativa como el conjunto de acciones mediante las cuales se desarrollan actividades a través del cumplimiento de las fases del proceso administrativo en general son: **prever, organizar, dirigir, coordinar y controlar.**

La gestión administrativa en el hospital involucra el desarrollo de dos procesos principales el de Gestión Económica Financiera y el de Gestión Logística, que su vez se conforman de sub procesos o procesos internos como se ve en el siguiente gráfico.

Gestión Presupuestal Financiera

La gestión y ejecución de los fondos de la entidad, debe basarse en la programación de las acciones de conformidad con los objetivos

estratégicos de la organización, y la racional asignación de escasos recursos para el desarrollo de las mismas.

Sub - Procesos Presupuestarios Financieros

a. Programación Presupuestal

La programación presupuestal es un proceso que se realiza en coordinación estrecha entre las áreas de economía, logística, recursos humanos y planeamiento, de tal forma que, una vez aprobado el presupuesto inicial de apertura (PIA) para los establecimientos de los niveles II y III según corresponda, se procederá a determinar en base a actualización de costos, lineamientos de política de salud y los aspectos epidemiológicos de la región de acuerdo a nivel de complejidad, la demanda de recursos de la entidad (cuadro de necesidades) para la programación presupuestal por centro de costos, lo cual se verá reflejado en la programación mensualizada del presupuesto de la misma. El proceso tiene como base legal la Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, aprobada por la Ley N° 28411, la Ley de Presupuesto para el sector público y Directiva para la ejecución presupuestaria que son emitidos con periodicidad anual.

b. Ejecución Presupuestal

Proceso por el cual se procede al compromiso y pago de las obligaciones contraídas, de conformidad con lo programado. Los

procedimientos: Autorización (conformidad) de disponibilidad presupuestal; Revisión y Afectación presupuestal de los documentos fuentes de compromiso de gasto; Procesamiento del Balance de Ejecución Presupuestal.

Gestión Logística

El área de logística ha tomado una posición preferencial dentro de los esquemas de gestión de servicios de salud que se basan en el uso racional de los recursos, que garantice la calidad y continuidad del servicio. La logística es fuente de provisión de las cantidades necesarias de recursos materiales y de servicios, en forma eficiente y eficaz, en la cantidad, calidad y oportunidad requerida.

En este sentido la gestión logística se define como las acciones que tienen por objeto la adquisición, movilización, intercambio y entrega de bienes y servicios que el hospital consume o produce para permitirle efectuar sus objetivos públicos.

La Distribución, es el proceso relacionado a la directa satisfacción de las necesidades de bienes y servicios en general de las dependencias de una entidad.

2.4.4.2 Gestión Clínica

Gestión Clínica es un marco de procesos a partir de los cuales cada unidad productora de servicios clínicos deben constituirse en un centro de responsabilidad, que busca mediante el trabajo en equipo, obtener calidad técnica óptima, resultados oportunos, a costos razonables y con satisfacción del usuario, para la atención segura de los pacientes.

La Gestión Clínica se define como el conjunto de acciones que permiten sistematizar y ordenar los procesos de atención de salud, sustentados en la mejor evidencia científica del momento, con la participación del equipo de salud en la toma de decisiones, en otras palabras la gestión en los servicios asistenciales en la que se integra el conocimiento de la medicina basada en la evidencia, la gestión de las organizaciones y las habilidades necesarias para lograr un servicio eficiente y de calidad en su atención

La Microgestión o Gestión Clínica implica directamente a los profesionales de la salud, los clínicos, quienes deben tomar directamente decisiones sobre los pacientes bajo la mejor evidencia científica disponible. Basa su importancia en el hecho de que alrededor del 70 % de los recursos sanitarios son asignados fundamentalmente por los clínicos en su quehacer diagnóstico terapéutico. Así mismo la existencia de la gran variabilidad en las prácticas para atender a los pacientes con las mismas necesidades de salud puede tener repercusiones negativas tanto en la salud de los pacientes como en los costos de la atención

La Gestión Clínica se basa en tres principios fundamentales:

1. Orientación al proceso asistencial

- Protocolizar los procesos asistenciales basados en la mejor evidencia al momento.
- Otorgar atención integral
- Fortalecer los sistemas de información
- Promover la mejora continua

2. Autoevaluación

Analiza sistemáticamente:

- La calidad de los cuidados médicos y de enfermería.
- Los procedimientos diagnósticos-terapéuticos
- Los recursos utilizados
- Los resultados clínicos

3. Autonomía de la Gestión

- En la gestión de recursos humanos y materiales
- En la gestión del presupuesto clínico y la rendición de resultados.

La Gestión Clínica pretende hacer predecibles los procesos asistenciales, es decir, mejorarlos disminuyendo su variabilidad innecesaria mediante estandarización, siendo indispensable que la estandarización se haga con base en evidencia científica sólida o, al menos, en la mejor evidencia disponible y que tenga como consecuencia un mejor resultado para el paciente.

La Gestión Clínica incluye una serie de herramientas y metodologías, similares a las que se aplican a los procesos no clínicos, cuyo propósito es mantener o mejorar los estándares de los procesos de atención para disminuir la frecuencia de eventos adversos que pueden evitarse o prevenirse.

Así cada centro de responsabilidad UPS deberá elaborar sus propios planes de gestión de la UPS, orientando su quehacer hacia el usuario como núcleo de toda decisión, y firmando un compromiso anual de gestión con la dirección del hospital, haciéndose progresivamente responsable de la parte correspondiente del compromiso global que el hospital asume con las políticas públicas y la sociedad que atiende. De esta manera las UPS se constituye en una gestión desconcentrada, donde la clave es la participación y la responsabilidad.

Para la aplicación de la Gestión Clínica en cada UPS, se necesita cuatro instrumentos:

- El acuerdo de gestión, es un documento formal donde se establecen los compromisos resultantes de la negociación entre la dirección del hospital y la UPS, en donde se estableces los resultados a obtener y los incentivos en el marco del plan de gestión de la UPS.
- El presupuesto programado, se programa el presupuesto en base a los recursos necesarios para realizar las actividades establecidas en el plan de gestión.

- El subsistema de información, destinado a controlar la producción, los estándares de calidad, los indicadores de eficiencia y análisis de costos, el mismo que forma parte del sistema de información institucional.
- Los mecanismos para analizar los resultados de la evaluación de la gestión clínica.

La Gestión Clínica utilizará la metodología básica de PDCA, enmarcada en los procesos fundamentales de gestión que son la planificación, la organización y el control interrelacionados con la capacidad de dirección de la UPS.

2.4.5 Procesos del Componente de Gestión Clínica

- **Planeamiento de la Gestión Clínica:** Se cuenta con normatividad que regula la Gestión Clínica; El gestor clínico conduce la elaboración de un Plan de Gestión Clínica de la UPS, con participación del personal que labora en la UPS, a partir del análisis de la situación, basada en evidencias como estudio de procesos, indicadores de desempeño y de resultado de la gestión clínica de la UPS entre otros⁶, trazándose objetivos, actividades e indicadores de resultado para el monitoreo del plan.
- **Organización de la Gestión Clínica:** Se cuenta con normatividad que regula la elaboración de guías de práctica clínica y guías de procedimientos clínicos; Se tienen formuladas guías de práctica

clínica nacionales, priorizando las principales patologías coberturadas en el Plan Esencial de Aseguramiento Universal en Salud PEAS, además de normatividad que regula la elaboración de manuales de organización y funciones y manuales de procesos y procedimientos en los hospitales.

El gestor clínico conduce con participación del equipo de salud que labora en la UPS y con apoyo del responsable de la Oficina de Calidad del hospital o quien haga sus veces, la definición del funcionamiento de la UPS a través de la:

- Definición de funciones del personal en un MOF.
 - Publicación de Cartera de Servicios de la UPS
 - Estandarización de la Práctica Clínica: La UPS cuenta con Guías de Práctica Clínica de los Daños más frecuentes oficializadas.
 - Estandarización de Procedimientos Médico-Quirúrgicos: La UPS cuenta con Guías de Procedimientos de los procedimientos más frecuentes, oficializadas.
 - Estandarización de Procedimientos Médico-Quirúrgicos: La UPS cuenta con Guías de Procedimientos de los procedimientos más frecuentes, oficializadas.
 - Estandarización del Proceso de Atención y los Procesos de Interrelación con otras UPS y de otros establecimientos de salud y UPS de la red de servicios de salud, contando con fichas de descripción de los procedimientos que conforman el proceso de atención en la UPS, con sus respectivos diagramas de flujos.
- **Control de la Gestión Clínica:** Se evalúa la implementación de la normatividad en gestión clínica y el gestor clínico conduce la

definición de este proceso con participación del equipo de salud que labora en la UPS y con apoyo del responsable de la Oficina de Calidad del establecimiento o quien haga sus veces, utilizando como base el sistema de información, a través de:

- Auditoría de Historias Clínicas.
- Monitoreo de indicadores.
- Estadística e Informática del Hospital.
- Registro de eventos adversos.

- **Dirección de la Gestión Clínica en la UPS:** Se cuentan con Políticas de Gestión Hospitalaria y se tiene definido el Modelo de Gestión Hospitalaria, que incluye la Gestión Clínica como un Componente del mismo, se conduce reuniones periódicas entre departamentos del Hospital de su ámbito y establecimientos de salud del primer nivel de atención para coordinar el manejo de pacientes y asegurar continuidad de la prestación de servicios de salud entre los niveles de atención. Se tiene definido el rol del Director Médico en la conducción de la Gestión Clínica.

2.5 Marco Institucional

2.5.1 Hospital Regional de Cajamarca

1. Reseña histórica

El Hospital Regional de Cajamarca, ubicado antes del 2012 en la Av. Mario Urteaga N° 500, desde el año 1960, con aportes del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, y en ejecución del Plan Nacional Hospitalario. Inaugurado el 29 de junio de 1963, bajo la denominación de Hospital Centro de Salud Cajamarca, siendo presidente de la Junta de Gobierno y Ministro de Guerra el General de División Don Nicolás Lindley López y Ministro de Salud Pública el General de Brigada don Víctor Solano Castro. Tuvo como primer Director al Dr. Juan Custodio Mendoza, encargándose fundamentalmente a sentar las bases para su funcionamiento, siguiéndole en el cargo el Dr. Carlos Vargas Castillo.

En 1993, brindaba los siguientes servicios: Consultorios externos, laboratorio, emergencia, botica y central de esterilización. A nivel de Hospitalización: medicina general, cirugía general, pediatría, maternidad y sala de operaciones. Además contaba con Servicios Auxiliares y/o complementarios para brindar las atenciones, como: cocina, mantenimiento, transporte, limpieza y lavandería; en este mismo año se le categoriza como Hospital General Base, posteriormente, se le cambia de denominación a Hospital de Apoyo N° 1 de Cajamarca. En el año 2009, se inició la construcción de la nueva infraestructura del Hospital Regional de Cajamarca,

el cual se concluyó en el año 2011; desde inicios del año 2012 viene funcionando en su nueva infraestructura ubicada en la Av. Larry Jhonson - Mollepampa, la misma que cuenta con equipamiento y mobiliario que debe poseer un Hospital de Categoría II-2.

El Hospital Regional tiene un área de 46,955.80 m², cuenta con 5 niveles (pisos); el primer nivel está conformado por las oficinas administrativas de asesoramiento y apoyo, servicios generales y consultorios externos. En el segundo nivel se encuentra emergencia, admisión, laboratorio, banco de sangre, diagnóstico por imágenes, estadística e informática, consultorios externos; en el tercer nivel se encuentra centro quirúrgico, centro obstétrico, UCI, UCI Intermedio, UCI Neonatal y Neonatología; en el cuarto nivel se encuentra la oficina del cuerpo médico y jefaturas medicas; en el quinto nivel se ubica el área de Hospitalización en Medicina, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía.

2. Misión

“Prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de las personas, desde su concepción hasta su muerte natural”.

3. Visión

“Constituirnos en el Hospital acreditado de referencia Regional, que brinda atención integral de salud de alta especialización”.

4. Denominación de la institución

El Hospital Regional de Cajamarca, es un órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud Cajamarca, depende administrativa, funcional y presupuestalmente del Gobierno Regional Cajamarca y normativamente del Ministerio de Salud, a su vez desarrolla actividades de prevención, recuperación y rehabilitación, que le compete como Hospital Nivel II-2.

5. Naturaleza

El Hospital Regional de Cajamarca es un órgano desconcentrado de la Dirección Regional de Salud Cajamarca, los órganos y unidades orgánicas que conforman el Hospital, son los siguientes:

5.1 Órgano de Dirección

Dirección General.

Dirección Adjunta.

5.2 Órganos de control

Órgano de Control Institucional (en actual proceso de implementación)

5.3 Órganos de Asesoría

Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico.

Oficina de Asesoría Jurídica.

Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.

Oficina de Gestión de la Calidad.

5.4 Órganos de Apoyo

Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación.

Oficina de Comunicaciones e Imagen Institucional.

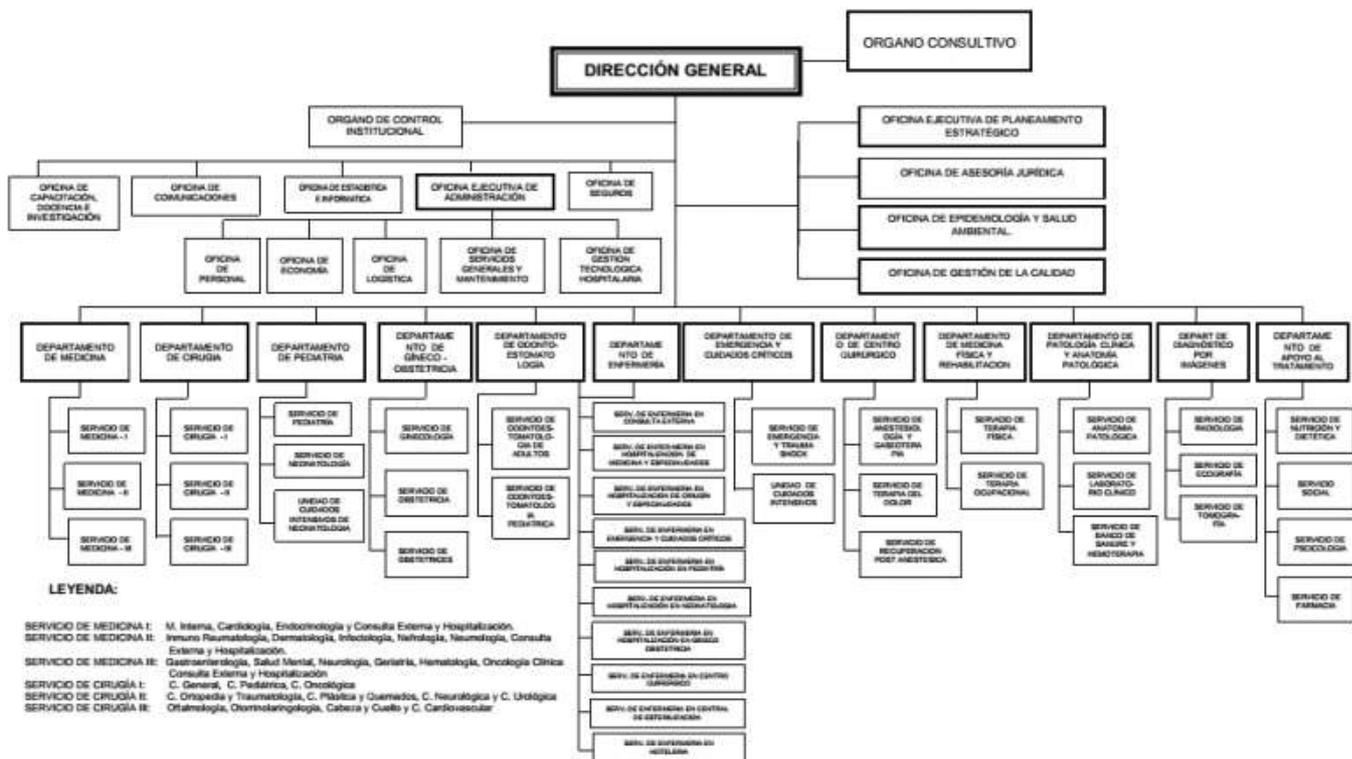
Oficina de Estadística e Informática.
Oficina Ejecutiva de Administración.
Oficina de Personal.
Oficina de Economía.
Oficina de Logística.
Oficina de Patrimonio.
Oficina de Servicios Generales y Mantenimiento.
Oficina de Gestión Tecnológica Hospitalaria.
Oficina de Seguros, Referencias y Contra referencias.
Oficina de Seguros
Oficina de Referencias y Contra referencias

5.5 Órganos de Línea

Departamento de Medicina.
Departamento de Cirugía.
Departamento de Pediatría.
Departamento de Gineco- Obstetricia.
Departamento de Odontoestomatología.
Departamento de Enfermería.
Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.
Departamento de Centro Quirúrgico.
Departamento de Medicina Física y Rehabilitación.
Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica.
Departamento de Diagnóstico por Imágenes.
Departamento de Nutrición y Servicio Social.

Unidad Productora de Servicios de Farmacia

Organigrama



6. Objetivos funcionales

Los fines que persigue el HRC responden a los Objetivos Funcionales Generales, los cuales están consignados en el vigente R.O.F., a continuación se detallan los mismos:

- Lograr la recuperación de la salud y la rehabilitación de las facultades y capacidades de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad, en consulta externa, hospitalización y emergencia.
- Defender la vida y proteger la salud de las personas desde su concepción hasta su muerte natural.
- Lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud.

- Apoyar la formación y especialización de los recursos humanos, asignando campo clínico y el personal para la docencia e investigación, en coordinación con las Universidades e Instituciones Educativas, según los convenios respectivos.
- Administrar los recursos humanos, materiales, económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes.
- Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades, expectativas del paciente y su entorno familiar.

7. Departamento de Gineco Obstetricia

Es la unidad orgánica encargada de la atención integral de la patología Gineco-obstétrica durante el ciclo reproductivo, pre-concepcional, concepcional y post-concepcional, así como de las enfermedades del sistema de reproducción de la mujer. Depende de la Dirección General y tiene asignadas las siguientes funciones:

- Planificar, programar, organizar, dirigir y controlar las acciones del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Cajamarca.
- Brindar la atención integral y especializada complementaria a la mujer y la madre en todos sus ciclos de vida por problemas fisiológicos, patológicos, de salud individual o colectiva.

- Organizar y coordinar los horarios de atención de pacientes mediante gestión de la programación, la disponibilidad de turnos y profesionales para consultorios externos, hospitalización y emergencia.
- Promover la salud, prevenir riesgos y daños, proteger y recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de la mujer y su pareja, en lo que concierne a su ciclo reproductivo y en el ámbito de su competencia, según las normas y protocolos vigentes.
- Atender las enfermedades propias de los órganos de reproducción de la mujer, en sus aspectos médico y quirúrgico.
- Promover la lactancia materna e incentivar la relación madre-recién nacido.
- Proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de atención médica gineco-obstétrica, orientada a brindar un servicio eficiente y eficaz.
- Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de la gineco obstetricia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes.
- Prescribir los medicamentos e insumos médicos conforme a las normas oficiales.
- Asegurar el cumplimiento de las normas de bioseguridad.
- Programar y evaluar la atención ginecológica y obstétrica, para el cumplimiento de los objetivos del Hospital.
- Otras funciones que se le asigne y correspondan.

7.1 Diagnóstico Situacional

Ámbito de influencia: El ámbito de influencia del Departamento de Gineco Obstetricia por pertenecer a un Hospital Referencial, son 9 provincias de las 13 provincias de la Región de Cajamarca, donde radican 1 098 175 habitantes (68% del total Regional), de la que el 40% representa a población femenina (INEI, 2012). Podemos indicar que hay dos provincias nuevas sumadas a la población de influencia, que son la provincia de Chota y Hualgayoc, las mismas que tienen un aporte de 5% y 10% respectivamente.

Características de la población: Se toma como referencia las características sociodemográficas de la Provincia de Cajamarca (INEI, 2007).

Tabla 2. Principales indicadores sociodemográficos

INDICADOR (PROVINCIA CAJAMARCA)	PORCENTAJE/ TASA
Población Total	1,098,175
Población Rural	44.70%
Población por grupo de edad:	
0- 14 años	31.10%
15- 64 años	63.40%
65 y más años	5.50%
Población Analfabeta (15 a más años)	13.80%
Tasa Crecimiento Poblacional Promedio Anual	0.80%
Densidad poblacional	41.70%
Tasa de desempleo	5.70%
Población sin seguro de salud	64.06%
Vivienda de material ladrillo o cemento	31.52%
Vivienda con red de agua dentro	59.33%
Vivienda con red de desagüe dentro	40.34%
Vivienda con alumbrado público	62.76%
Tasa de mortalidad infantil	22.60%
Tasa de desnutrición infantil	34.30%
Porcentaje de pobreza	49.10%

Fuente: Oficina de Epidemiología HRC

Oferta de servicios: El Departamento de Gineco Obstetricia, brinda servicios de atención en Consulta Externa, Hospitalización, Cirugía, Procedimientos diagnósticos y terapéuticos; Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, Unidad de Cuidados Intensivos, servicio de emergencia, entre otros, según se muestra en la cartera de servicios.

Consulta Externa

Gineco Obstetricia:

- ✓ Obstetricia y Ginecología
- ✓ Planificación Familiar

Hospitalización (24 horas)

- ✓ Gineco Obstetricia
- ✓ Ginecología
- ✓ Centro Obstétrico
- ✓ Obstetricia
- ✓ Patológicos
- ✓ Cuidados Críticos
- ✓ UCI

Emergencia (24 horas)

- Tópicos:
- ✓ Gineco Obstetricia
 - ✓ Triaje
- Sala de Observación
- ✓ Mujeres

Recurso humano: Se puede evidenciar que hay que fortalecer la oferta de servicios a través de la contratación de especialistas para mejorar la atención de nuestros pacientes.

Tabla 3. Recursos Humanos del Departamento de Gineco Obstetricia del H.R.C., 2013

RRHH	NOMBRADO		CONTRATADO						TOTAL	
			RO		CAS		TERCEROS			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Médicos	11	23	0	0	0	0	5	100	16	21
Obstetras	16	33	3	75	12	57	0	0	31	40
Enfermeras	9	19	1	25	5	24	0	0	15	19
Técnicos	12	25	0	0	4	19	0	0	16	21
TOTAL	48	100	4	100	21	100	5	100	78	100

Fuente: Departamento de Gineco Obstetricia H.R.C.

Camas por departamento y servicio: El Departamento de Gineco Obstetricia con un 20,61%, concentra en segundo lugar la mayor cantidad de las camas alcanzando un 25,45% del total, seguido del departamento Medicina con 19,39% y Neonatología con 12,12%.

Tabla 4. Camas por Servicios en el H.R.C. 2013

SERVICIO	NUMERO DE CAMAS
CIRUGÍA	42
PEDIATRÍA	16
NEONATOLOGÍA	20
GINECO OBSTETRICIA	34
MEDICINA	32
UCI ADULTOS	6
UCI INTERMEDIOS ADULTOS	9
UCI NEONATAL	5
UCI INTERMEDIOS NEONATAL	4
TOTAL	168

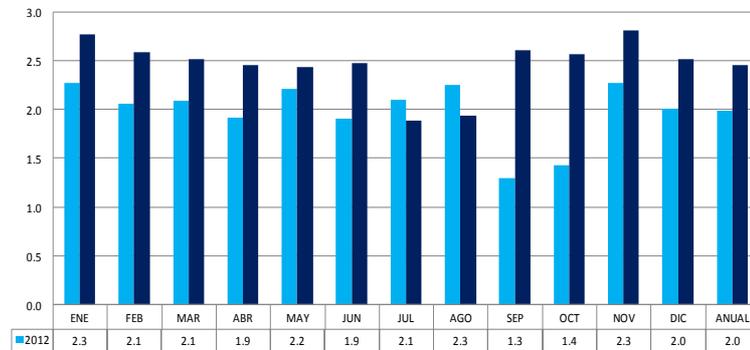
Fuente: Oficina de Estadística e Informática

Indicadores

De Consulta Externa

Rendimiento hora/médico en el Departamento de Gineco Obstetricia

Gráfico 1. Rendimiento hora/médico en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013.



Fuente: Oficina de Estadística e Informática

A pesar de haber mejorado con respecto al año 2011, aún no se alcanza el estándar (04 por hora). Sin embargo, se implementará mejoras en el sistema de citas, en los próximos meses. Mientras que el año 2012 la especialidad con más alto rendimiento fue Cardiología (3.3), en el 2013, Gineco Obstetricia (3.2), se encuentra en la quinta ubicación.

**Ficha de Notificación Mensual de Complicaciones Neonatales e Indicadores de la
Respuesta de la Atención Obstétrica y Neonatal (PARTE I)**

CÓDIGO UBIGEO:	DIRECCIÓN DE SALUD / DIRESA	CAJAMARCA
----------------	-----------------------------	-----------

NOMBRE DEL HOSPITAL	HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA	CODIGO DEL HOSPITAL	
---------------------	--------------------------------	---------------------	--

COMPLICACIÓN NEONATAL: Si es más de una, utilice la que sea más peligrosa para la vida del neonato	Número de casos	Número de muertes	Tasa de Letalidad
1. Asfixia	35	12	34.3%
2. Síndrome de Dificultad Respiratoria	155	15	9.7%
3. Sepsis Bacteriana del RN	221	16	7.2%
4. Malformación Congénita	61	12	19.7%
5. Prematuridad	119	17	14.3%
6. Ictericia patológica	302	0	0.0%
7. Neumonía	86	2	2.3%
8. Hipoglucemia y otros	184	0	0.0%
Total RN complicados	1163	74	6.4%

RECIÉN NACIDOS COMPLICADOS REFERIDOS	Número
Recién nacidos referidos de otros EESS	414
Recién nacidos referidos del domicilio / comunidad	427
Total RN referidos (Recién Nacidos de otros EESS + Recién nacidos referidos del domicilio / comunidad)	841
Total de RN referidos admitidos a hospitalización	377
% de RN con complicaciones referidos admitidos a hospitalización: N° de RN referidos admitidos / Total de RN referidos al hospital x 100	44.8%
RN de parto domiciliario	50

*Se utiliza el criterio del médico tratante

Tasa de letalidad (N° total de fallecidos / N° total de RN complicados)	6.4%
---	------

BAJO PESO AL NACER	NÚMERO
N° de RN vivos con BPN nacidos en el hospital	615
N° total de RN vivos en el hospital	3576
Tasa de incidencia de BPN (N° RN con BPN/N° total RN) x 1000	171.98

En año 2013 se observa que la tasa de letalidad en RN es de 6.3%, la causa principal de muerte en RN es por prematuridad (17 RN), la cual muestra una tasa de letalidad de 14.3%. La tasa de letalidad más alta lo presenta con 34.3%, fallecieron 12 RN, seguida de las malformaciones congénitas con 19.7% (12 casos).

De todos los RN referidos al HRC (niños menores de 28 días), el 44.8% de RN fue admitido a hospitalización, es decir de 100 RN referidos, 44 de ellos fueron hospitalizados en neonatología.

La tasa de Bajo Peso al Nacer en el año es de 171.74 x 1000 nacidos vivos.

**Ficha de Notificación Mensual de Complicaciones Neonatales e Indicadores de la
Respuesta de la Atención Obstétrica y Neonatal (PARTE II)**

PARTOS COMPLICADOS		Número								
1. Partos por cesárea		1140	Peso / Denominación	Muerte Fetal			Muerte Neonatal (según tiempo de vida del RN)			
2. Partos distócicos vaginal		613		Ante parto	Intra parto	Total	< 24 horas	1-7 Días	8-28 Días	Total
3. Total partos complicados (1+2)		1753	500 -999 gr	16	0	16	2	6	3	11
4. Total de partos atendidos		3584	1000 - 1499 gr	14	0	14	0	12	2	14
Porcentaje de partos complicados (N° de partos complicados / N° total de partos atendidos)		48.9%	1500 - 1999 gr	9	0	9	1	6	3	10
			2000 - 2499 gr	7	1	8	1	12	3	16
			2500 - 2999 gr	9	0	9	0	6	7	13
			> 3000 gr	12	2	14	1	6	3	10
			TOTAL	67	3	70	5	48	21	74
TASA DE PARTOS POR CESAREA		Número								
1. Cesárea Primaria		996								
2. Cesárea Iterativa		144								
3. Cesárea en RN de BPN		291								
4. Total de partos por cesárea		1140								
				Número						
			1. Número de muertes fetales	70			Tasa de Mortalidad Fetal		0.02	
Tasa de cesárea general (N° total de partos por cesárea /N° total de partos atendidos)			31.8%	2. Número de muertes neonatales hasta los 7 días de vida	53			Tasa de Mortalidad Neonatal por 1000 nacidos vivos		20.70
Tasa de cesárea primaria (N° total de partos por cesárea primaria /N° total de partos atendidos)			27.8%	3. Número de nacimientos	3645			Tasa de Mortalidad Neonatal Temprana por 1000 nacidos vivos		14.83
Tasa de cesárea iterativa (N° total de partos por cesárea iterativa /N° total de partos atendidos)			4.0%	4. N° Nacidos v (RN en el mismo hospital + RN referidos de la comunidad u otro ES)	267			Tasa de Mortalidad neonatal tardía por 1000 nacidos vivos		5.87
Tasa de cesárea con RN de BPN (N° de partos por cesárea con RN de BPN /N° total de partos atendidos)			8.1%	5. Número de RN vivos	3575			Tasa de Mortalidad Perinatal por 1000 nacidos vivos		33.74
			6. Número de embarazos Gemelar	61						

Razón de Mortalidad materna= Defunciones maternas / total de RN vivos en Hospital x 100,000 NV	111.89
--	--------

CAPACIDAD DE RESPUESTA	65.0%
------------------------	-------

La tasa general de cesáreas realizadas en el HRC en el año 2013 es de 31.8%, la tasa de cesárea iterativa es de 4%. La Razón de muerte materna en el HRC es de 111.7 por 100,000 NV.

La tasa de mortalidad fetal permanece en 0.02% RN (2 X 100 RN). La tasa de mortalidad neonatal es de 19.55 por 1000 NV. La tasa de mortalidad perinatal es de 32.39 por 1000 recién nacidos vivos.

Fuente: Oficina de Epidemiología del H.R.C.

CAPÍTULO III

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

3.1 Diseño y Tipo de Investigación

El presente estudio es de corte transversal, de tipo descriptiva y correlacional.

De corte **transversal o transaccional**, porque la recolección de la información se la realizó en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo.

Es **descriptiva** porque mostró los fenómenos tal cual se presentaron, dando a conocer las variables de “gestión por procesos en el Departamento de Gineco Obstetricia” y “calidad asistencial percibida por el usuario externo”.

Correlacional porque se verificó la relación existente entre “gestión por procesos en el Departamento de Gineco Obstetricia” y “calidad asistencial desde la perspectiva del usuario externo”.

En relación a los objetivos del estudio se propuso el diseño de una estrategia metodológica tendiente a la integración de técnicas “mixta”, investigación que da a conocer diferentes facetas y perspectivas sobre un mismo objeto de estudio la “gestión por procesos” y su relación con la calidad asistencial percibida por el usuario externo que acude al Departamento de Gineco Obstetricia.

3.2 Área de Investigación

El espacio donde se desarrolló el estudio, fue el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, el cual está ubicado en la intersección del Jr. Larry Jhonson con Jr. Mártires de Uchuracay, Barrio Mollepampa, en la provincia de Cajamarca. Es una institución del segundo nivel que pertenece orgánicamente al Gobierno Regional de Cajamarca y operativamente al Ministerio de Salud.

El Departamento de Gineco Obstetricia, está ubicado en el tercer piso, al este del hospital, brinda atención a la población femenina de la región y por ser hospital referencial brinda atenciones preventivas, recuperativas y de rehabilitación.

Esta unidad cuenta con un equipo multidisciplinario conformado por médicos especialistas en Gineco Obstetricia, Obstetras, Enfermeras y Técnicos de Enfermería, además el Departamento, cuenta con las áreas de Hospitalización, Consulta Externa (Consulta Gineco Obstétrica) y Emergencia Obstétrica.

El estudio de investigación participaron profesionales de salud que laboran en las tres áreas del Departamento de Gineco Obstetricia y usuarios externos (paciente mujer) que fueron atendidas durante el periodo mayo-junio del 2013.

3.3 Población

La población estuvo constituida por 3549 usuarios externos atendidos durante el año 2012 en el Departamento de Gineco Obstetricia, del Hospital Regional de Cajamarca.

Y 36 usuarios internos (profesionales de salud) nombrados, que laboran en el Departamento de Gineco Obstetricia, del Hospital Regional de Cajamarca.

- **Criterios de inclusión:**

- Usuarías externas que fueron atendidas en los servicios del Departamento de Gineco Obstetricia, entre mayo a junio del 2013.
- Usuarías externas que sepan leer y escribir
- Usuarías externas que accedieron a participar voluntariamente en el estudio.

- **Criterios de exclusión**

- Usuaría externa que mostró signos evidentes de alteraciones mentales.
- Usuaría externa que fue hospitalizada por segunda vez durante el periodo de investigación.

3.4 Muestra

La muestra la conformaron 58 usuarios externos que fueron atendidos en Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, calculada a partir de datos referenciales de los ingresos y egresos mensuales, del año 2013.

Y 29 usuarios internos (profesionales) nombrados del Departamento de Gineco Obstetricia. Cabe resaltar que 5 profesionales estaban haciendo uso de vacaciones. Se consideró en el estudio el total de trabajadores de salud del Departamento, considerando lo antes expuesto.

Selección de la muestra de Usuarios Externos

La técnica utilizada fue de muestreo estratificado con afijación proporcional, el cual se utilizó para obtener el tamaño de la muestra por área para periodos bimensuales.

Para la selección de la unidad de estudio se utilizó el método aleatorio simple.

Tamaño de la Muestra

El tamaño de la muestra anual es de 346 usuarios externos y se calculó de la siguiente manera:

$$n = \frac{N \sum N_i P_i Q_i}{N^2 \frac{e^2}{z^2} + \sum N_i P_i Q_i} =$$

Donde:

n= tamaño de la muestra
 $\gamma= 0.95$ Nivel confianza ($Z_0 = 1.96$)
P= Proporción de usuarios satisfechos con la calidad de atención
Q=1-P
e= error tolerado
N= Población

Reemplazando:

Z=1.96 (nivel precisión 95%)
P= 0.50
Q= 0.50
e= 5 %
N= 3549

Modo de obtención de los tamaños de la muestra en cada área del Departamento de Gineco Obstetricia para periodo bimensual:

Tabla 5. Determinación de la Muestra

Área	Nh	Afijación proporcional (Nh/ Total)	Muestra anual (nh)	Muestra Bimensual (nh/6)
Hospitalización	1000	0.28	96.88	16
Consultorio Externo	1154	0.33	114.18	20
Emergencia Obstétrica	1395	0.39	134.94	22
Total	3549	1	346	58

Fuente: Elaboración propia

Quedando la muestra de usuarios externos en 58 para periodo bimensual.

Unidad de Análisis

La unidad de observación y análisis estuvo constituida por:

- El usuario externo del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, el cual correspondió a las Áreas de Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización; cumpliendo con los criterios de inclusión.
- El usuario interno (profesional de salud) nombrado que labora en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca.

3.5 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

La Técnica fue la encuesta individual, para lo cual se elaboró dos formularios estructurados. Se escogió esta técnica por considerarse más adecuada para cumplir con el objetivo del estudio y recoger información.

El primer formulario estructurado, es el cuestionario para usuarios internos (profesionales) del Departamento de Gineco Obstetricia, mide la variable de “gestión por procesos” que se realiza en el Departamento de Gineco Obstetricia; y, el segundo formulario es el cuestionario para el usuario externo, que mide la variable de “calidad asistencial percibida por el usuario externo”.

Otra técnica que se utilizó en el estudio fue la entrevista, la misma que cuenta con una guía breve de entrevista, ésta técnica se ha utilizado con el propósito de profundizar en la recolección de datos, para lo cual se ha determinado entrevistar a tres profesionales del servicio tanto asistencial y administrativo.

La observación es la tercera técnica utilizada, para lo cual se ha elaborado una lista de cotejo, para observación del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, información que complementó los hallazgos para el estudio de investigación. Se tuvo en cuenta la Norma Técnica de Categorización de Establecimientos de Salud.

3.5.1 Descripción de instrumentos

a. Instrumento 1. Cuestionario para Profesionales (ANEXO 1)

El instrumento constó de las siguientes partes: Presentación, (propósito y objetivos). Se procedió a dividir la encuesta en 5 secciones:

A. Datos generales, en las que se determina el sexo, edad, años de servicio en la institución y profesión (4 ítems). Las preguntas son cerradas;

B. Antecedentes referidos a la gestión por procesos, trabajo en equipo y grado de motivación en el trabajo (3 ítems), el tipo de pregunta es pregunta abierta; se utilizó para profundizar en los conocimientos acerca de gestión por procesos.

C. Procesos Estratégicos, subdividido en procesos de gestión externa con 11 ítems y procesos de gestión interna con 7 ítems y 13 ítems complementarios;

D. Procesos de Soporte, que presenta 9 ítems;

E. Procesos Operativos, (13 ítems).

b. Instrumento 2. Cuestionario para usuario externo del servicio (ANEXO 2)

El instrumento a utilizar para los usuarios externos es la encuesta SERVQUAL modificada, para su uso en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo (SMA). La misma que está aprobada y validada con Resolución Ministerial N° 527-2011-MINSA, que se aplica

para evaluar la satisfacción de usuarios externos atendidos en el Servicio en establecimientos de nivel I-4, II y III.

El instrumento aplicado está estructurado con 22 preguntas de Expectativas y 22 preguntas de Percepciones, distribuidas en cinco criterios o dimensiones de evaluación de la calidad.

-Fiabilidad: Preguntas del 01 al 05

-Capacidad de Respuesta: Preguntas del 06 al 09

-Seguridad: Preguntas del 10 al 13

-Empatía: Preguntas del 14 al 18

-Aspectos Tangibles: Preguntas del 19 al 22

SERVQUAL, es una escala multidimensional elaborada por Parasuraman et al. (1988), diseñada y validada para medir satisfacción de los usuarios externos en empresas de servicios. La concepción de la Calidad del SERVQUAL, se basa en definir la calidad de atención como “la brecha o diferencia (P-E) entre las expectativas (E) y las percepciones (P) de los usuarios.”(MINSAL, 2011). Esta escala, se basa en el modelo extendido de calidad del servicio.

c. Instrumento 3. Guía de entrevista a profundidad

La entrevista estructurada, dirigida a profesionales de salud, la que permitió profundizar en el conocimiento sobre la gestión por procesos implementada en el Departamento de Gineco Obstetricia. Estuvo conformada por tres preguntas norteadoras, que fueron:

- Enumere y describa los procesos de gestión que usted realiza.
- ¿Se enmarcan los procesos de gestión en lo siguiente: Planeación Estratégica, Operación y Soporte, o tiene usted otros sistemas para llevar a cabo los procesos de gestión?
- ¿Al trabajar con su personal, les otorga poder para hacer las cosas; delega autoridad y responsabilidad; confía en ellos y ellas; ofrece libertad y autonomía para hacer el trabajo; les da importancia por lo que hacen; les motiva e incentiva; reconoce públicamente el buen trabajo hecho por el personal a su cargo; recompensa el trabajo bien hecho; ofrece orientación, para hacer el trabajo asignado; define bien las metas y objetivos de los trabajos que asigna; cuenta con mecanismos para evaluar el desempeño del personal a su cargo; comparte su conocimiento y el generado al hacer los trabajos asignados con el resto del personal, cuenta con mecanismos para celebrar la culminación exitosa de metas y objetivos propuestos? ¿Conoce la dinámica de la gestión a lo interno de los proyectos y los requerimientos realizados?.

d. Instrumento 4. Lista de cotejo

Para elaborar la lista de cotejo, se consideró la Norma Técnica Sanitaria N° 021-MINSA/DGSP-V.03 “Categorías del Establecimiento del Sector Salud”, aprobada con RM 546-2011 y la Directiva Sanitaria N° 001-2005-MINSA/DGSP-V.01 “Directiva para la evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales (FON) en el Establecimiento de Salud”, con la que se evaluó las características principales del departamento de Gineco Obstetricia, en relación al ambiente físico de trabajo y el equipamiento normo estándar que debe existir en el mismo, in situ en lo concerniente a infraestructura, ambiente y equipamiento.

3.5.2 Validación de instrumentos

El Instrumento 1.

- a) Determinación de confiabilidad y consistencia (Fiabilidad (consistencia interna) para respuestas politómicas):** Mediante el coeficiente alfa de Cronbach

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{s_T^2} \right)$$

Dónde:

$\sum s_i^2$ = varianza de cada ítem

s_T^2 = varianza de los puntajes totales

k = número de ítems del instrumento

$\alpha \geq 0,85$ instrumento confiable (consistencia interna)

b) **Determinación de validez:** Análisis de ítems (discriminación de ítems) Método Ítem – test, mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Cuyos resultados, indicaron que los ítems tienen un valor de “ $r > 0.2$ ”, por lo tanto el formulario es válido.

El Instrumento 2,

Está basado en una encuesta ya validada y presentada en la “Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del usuario externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, aprobada Resolución Ministerial N° 527-2011-MINSA.

3.5.3 Aplicación de instrumentos

Instrumento 1

Recolección de Información

La aplicación de la encuesta se realizó dentro del Departamento de Gineco obstetricia en el tiempo programado. El llenado de la misma duró aproximadamente de 15 a 20 minutos.

Instrumento 2

Recolección de Información.

Se aplicó la encuesta al usuario externo, durante su permanencia en el Departamento de Gineco Obstetricia y demoró aproximadamente 20 minutos.

3.6 Técnicas para el procesamiento y análisis de datos

Instrumento 1.

Procesamiento y Análisis de datos

El procesamiento de los datos se realizó en un sistema informático, haciendo uso del programa Microsoft Excel, para lo que se elaboró (diseñó) una base en la que se ingresaron los datos del cuestionario con las preguntas precodificadas, de los ítems de los procesos de gestión considerados en el estudio, cuya puntuación para cada una fueron clasificadas mediante las siguientes categorías:

SI	2
NO	1
NO RESPONDE	0

Satisfacción (sujeto a variación según medición basal), en base al Documento Técnico “Sistema Nacional de Calidad en Salud”, que determinó como línea de corte valores por encima del **60%**.

>60% satisfactorio

El análisis se realizó en base a si los resultados afirmativos superaban el estándar (>60%), con lo que se determinó la satisfacción e insatisfacción del usuario interno en referencia a los procesos de gestión que se implementan en el Departamento de Gineco Obstetricia.

Instrumento 2

Procesamiento y Análisis de los datos

Se usó la herramienta informática (Aplicativo en Excel) de acuerdo al servicio y categoría, en este caso establecimientos de Nivel II-I. Este aplicativo ha sido elaborado por el Ministerio de Salud y se ha validado su uso en base a los resultados obtenidos en diversos estudios de investigación.

Los reportes y la base de datos debieron estar bien elaboradas, por lo que en caso que el usuario no responda algunas de las preguntas se consigna en el cuestionario como No Aplica (NA), se registró el número 99 en la herramienta, informática (Aplicativo en Excel). Los reportes se obtuvieron de la base de datos (Aplicativo en Excel).

Para el análisis de datos los resultados se muestran en porcentajes para cada criterio de evaluación de la calidad considerando el siguiente orden: -Fiabilidad -Capacidad de Respuesta -Seguridad -Empatía - Aspectos Tangibles. Para el análisis de los resultados se consideró

como usuarios satisfechos a los valores positivos (+), y cero, obtenidos por la diferencia entre las percepciones (P) y (E), y como usuarios insatisfechos a los valores negativos (-) de la diferencia P -E.

Para la interpretación de los resultados obtenidos en la herramienta informática (Aplicativo en Excel), según servicio y/o categoría de establecimiento de salud se consideró los siguientes pasos:

1. Se elaboró y presentó una tabla general que incluye los resultados de P-E para las 22 preguntas considerado en el valor relativo y absoluto del nivel de satisfacción e insatisfacción para cada pregunta y el global.
2. Se determinó el nivel de satisfacción global como indicador según dimensión y categoría el estándar esperado es mayor al 60%, sujeto a variación según medición basal.
3. Se priorizó las preguntas por colores según el porcentaje de insatisfacción de mayor a menor considerando los siguientes valores, para la matriz de priorización:

Insatisfacción (sujeto a variación según medición basal):

>60% Por Mejorar (Rojo)
40-60 % En Proceso (Amarillo)
<40 Aceptable (Verde)

4. Las preguntas incluidas del porcentaje de insatisfacción en el color rojo deben considerarse como oportunidades de mejoras

prioritarias para las intervenciones de acciones correctivas siendo los rojos de mayor prioridad.

3.7 Aspectos éticos de la investigación

Durante el desarrollo de la presente investigación y por el hecho de recurrir a seres humanos como participantes del presente, nació la necesidad de proteger sus derechos por lo que se optó una conducta ética con la finalidad de garantizar que la información obtenida sea usada sólo para los fines de la investigación, para lo cual se obtuvo un consentimiento informado firmado por la entrevistada dando su conformidad, el mismo que se fundamentó en los principios éticos según el informe de Belmont:

- a) **De beneficencia.** La relación riesgo/beneficio donde el investigador valoró detenidamente los riesgos y beneficios durante el proceso de la investigación y se explicó detalladamente a los participantes los objetivos del presente estudio y los beneficios de su colaboración y se garantiza la seguridad bio psicológica del entrevistado.

- b) **De respeto a la dignidad humana.** Como individuos libres de tomar una decisión con respeto y justicia, teniendo en cuenta que su participación en el estudio fue voluntaria, no fueron obligados ni coaccionados con exponerlos a represalias o a un trato perjudicado.

- c) **De Justicia.** Se respetó en todo momento su privacidad, el cumplimiento de los acuerdos establecidos y trato amable en todo momento.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4. Presentación, análisis e interpretación de resultados

En este capítulo se está presentando el análisis e interpretación de los resultados estadísticos y cualitativos de los resultados, referente a la Gestión por Procesos y su relación con la calidad asistencial percibida por el usuario externo en el Departamento de Gineco Obstetricia (D. G-O).

En primer lugar se dio respuesta a los objetivos específicos para poder sustentar los requerimientos del objetivo general del estudio, en tal sentido han sido estructurados de la siguiente manera:

4.1 Gestión por procesos en el D.G-O, que responde al objetivo específico “diagnosticar la gestión por procesos en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca”.

4.2 Calidad asistencial percibida por el usuario externo del D.G-O, que responde al objetivo específico “identificar la calidad asistencial percibida por el usuario externo del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca”.

4.3 Gestión por procesos y su relación con la calidad asistencial percibida, que responde al objetivo general del estudio “Determinar la relación en la gestión por procesos y la calidad asistencial percibida por el usuario externo del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional Cajamarca, 2013”

Es importante mencionar, que el objetivo específico 3 se describe en el 4.1 y 4.2, caracterización social de los usuarios internos y externos.

4.1 Gestión por Procesos en el D.G-O

4.1.1 Caracterización de los usuarios internos del D.G-O

Tabla 6. Tiempo de servicio y edad según sexo del usuario interno del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013.

Tiempo de Servicio	Sexo del Usuario Interno					
	Mujer		Varón		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
0-3 años	5	17.2	4	13.8	9	31.0
4-7 años	0	0.0	3	10.3	3	10.3
8-11 años	0	0.0	3	10.3	3	10.3
12 a más años	13	44.8	1	3.4	14	48.3
Total	18	62.1	11	37.9	29	100

Edad	Sexo del Usuario Interno					
	Mujer		Varón		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
28 - 37 años	5	17.2	3	10.3	8	27.6
38 - 47años	5	17.2	5	17.2	10	34.5
48 - a más	8	27.6	3	10.3	11	37.9
Total	18	100	11	100	29	100.0

Fuente: Base de datos de la Encuesta aplicada al Usuario Interno del D.G-O. 2013

Respecto a las características básicas de los usuarios internos del D.G-O, la tabla 6, mostró que de 29 profesionales de salud nombrados, 18 son mujeres, que representó el 62.1% y 11 son varones, con un 37.9%. Con relación al tiempo de servicio en la institución, el 44.8% de las mujeres han laborado más de 12 años en el D.G-O; y, en el 13.8% de los varones el tiempo de servicio estuvo comprendido entre 0 a 3 años. Para el caso de las mujeres, la edad con mayor porcentaje (27.6%) fluctuó entre 48 años a más y para los varones, la edad estuvo comprendida entre 38 a 47 años (17.2%). Se pudo observar la diferencia entre varones y mujeres, con respecto a edad y tiempo de servicio.

En el estudio de Robles, Dierssen, et al. (2005), se concluyó que la edad ha sido el factor más fuertemente asociado a satisfacción laboral: el grupo de personas mayores de 44 años, presentó el doble de satisfacción que las menores de esta edad, indica además que a mayor edad y años de trabajo, mayor satisfacción laboral.

Al respecto, se puede decir que, contar con usuarios internos adultos ha sido juzgado como un beneficio, ya que son profesionales emocionalmente estables y con conocimientos fortalecidos en base a la experiencia; con el pasar del tiempo puede haber adquirido nuevos conocimientos; pero aun así existe el riesgo de perderlos debido a un proceso de abandono, descuido y obsolescencia en relación a su motivación por fortalecer su formación profesional.

Al mismo tiempo se contó con usuarios internos adultos jóvenes (34,5%) y jóvenes (27,6%), que han observado a sus colegas con más experiencia como guías y modelos a seguir (si los han percibido, como tal). Los jóvenes profesionales sienten la necesidad de fortalecer sus conocimientos y superarse constantemente.

Al relacionar la edad y el tiempo de servicio, se evidenció que el 31% de usuarios internos que han laborado entre 0-3 años son jóvenes, lo que indica que son personal que recién se está integrando al D.G-O, y el

compromiso es aún mayor, ya que deben de comprometerse con la institución y con el trabajo que realizan. En este grupo, el nivel de satisfacción no es positivo, ésta afirmación se realizó en base a las opiniones vertidas durante la aplicación de la encuesta: **“estamos cansados”, “no hemos visto avances, muchas veces no tenemos apoyo,...estamos solos”**. Estos juicios por parte de los usuarios internos jóvenes, deberían ser analizados y considerados por la dirección de la institución, para que asuman un mayor compromiso en la gestión del hospital y la gestión del recurso humano bajo su responsabilidad.

El recurso humano en una institución hospitalaria es diverso, y más aún en el D.G-O, debido a que se integran diferentes especialidades; tal es así, que se caracterizan por ser (médicos especialistas en ginecología, obstetras, enfermeros, técnicos de enfermería y otros.), que tienen que estar relacionados y trabajar articuladamente para brindar un servicio de calidad; por ello es de vital importancia planificar, asegurar y controlar la gestión del recurso humano, considerando que los usuarios internos están en contacto directo con el usuario externo y dependiendo de la relación empática que se genere entre ellos, las consecuencias pueden ser positivas o negativas para la institución.

Tabla 7. Conocimiento del usuario interno sobre la gestión por procesos en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013.

Conocimientos del Usuario Interno acerca de la Gestión por Procesos						
Sexo	Si respondieron				Total	
	Correctamente		No respondieron			
	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	16	55.2	2	6.9	18	62.1
Masculino	11	37.9	0	0.0	11	37.9
Total	27	93.1	2	6.9	29	100.0

Fuente: Base de datos de la Encuesta aplicada al Usuario Interno del D.G-O. 2013

En la tabla 7, los usuarios internos han evidenciado con sus respuestas que conocen el significado de Gestión por Procesos; tenemos que el 55,2% de mujeres han contestado correctamente (esto implica que sus respuestas a la pregunta ¿Qué es Gestión por Procesos?, se acercan a la definición dada por los expertos). Para el caso de los varones, el 6,9% han definido correctamente los procesos de gestión.

Al relacionar las respuestas, éstas coincidieron con las definiciones que han dado los especialistas en el tema.

Para los usuarios internos la Gestión por Procesos es un: **“conjunto de actividades que se realizan para llegar a un fin y nos ayuda a organizarnos”**; asimismo, la norma UNE-EN ISO 9000:2000, definió proceso como el **“conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados”** (Villoria & Gonzales, 2008); Pall (1986) refirió que un proceso es “la

organización lógica de personas, materiales, energía, equipamiento e información en **actividades de trabajo** diseñadas para producir un **resultado final** requerido, producto o servicio”(Arias, 2000, p. 7).

Para otro usuario la gestión por procesos es: **“todo lo que se hace para brindar un buen servicio a nuestras pacientes”, “...incluye las normas, procedimientos, guías, en conjunto todos los documentos que proporciona el Ministerio de Salud para el buen funcionamiento de un establecimiento”**, frente a ello, tenemos a Costa y Estany (1998) que la definieron como “el conjunto de actividades destinadas a generar valor agregado sobre las entradas, para conseguir un resultado – salidas que **satisfagan las necesidades del usuario**”.

La última opinión vertida **“...tiene relación con la calidad también”**, relaciona gestión por procesos y calidad; tenemos a Civera, Peris & Moliner (2008), quienes describieron el modelo realizado por Zeithmal, Berry y Parasuraman y consideraron que “la calidad de servicio depende de diversos factores organizativos”; en consideración a lo expuesto la autora asume que la organización detallada de un proceso de gestión (estratégicos, operativos y de soporte) origina resultados óptimos en la gestión hospitalaria, sin descuidar el factor productivo “recurso humano”, ya que son ellos quienes ponen en marcha los procesos.

Tabla 8. Motivación del usuario interno del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013.

Motivación del Usuario Interno								
Sexo	Está motivado		No está motivado		No respondió		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	5	17.2	11	37.9	2	6.9	18	62.1
Masculino	7	24.1	4	13.8	0	0.0	11	37.9
Total	12	41.4	15	51.7	2	6.9	29	100.0

Fuente: Base de datos de la Encuesta aplicada al Usuario Interno del D.G-O. 2013

La tabla 8, indica que de 29 usuarios externos encuestados el 51.7% no está motivado, de este grupo el 37,9% correspondió a mujeres no motivadas que han referido **“no es muy motivador trabajar en el servicio”**, debido a que **“...no se valora los esfuerzos que se hacen y hay cierta rivalidad entre algunos colegas”**; en cambio los varones han manifestado que están motivados representando el 24,1%, ya que **“... hay muchas oportunidades de desarrollo profesional, porque el hospital es referencial, llegan diversos casos y complejos, no muchos, pero hay y eso te motiva a querer seguir aprendiendo”**. En ese sentido, podemos argumentar que las motivaciones son distintas, en varones como en mujeres; por ende, para satisfacer al usuario interno, la dirección tiene que conocer sus expectativas y necesidades, para planificar acciones de mejora. Si ello no se realiza, encontramos opiniones desalentadoras como **“hay disgusto por el trabajo que se hace, no se valora los esfuerzos”**; Sin embargo, existen usuarios internos que consideran que **“la motivación es producto de estar haciendo un trabajo que es su propia vocación, de**

esa manera no hay frustración laboral”; esta opinión pone en manifiesto un tema de importancia significativa en el desarrollo de todo ser humano, la vocación profesional. En una profesión de salud, el tema es más trascendente, la vocación humanitaria de servicio, no obstante en la actualidad el profesional de salud se ha desvinculado de su lado humanitario, para ser considerado como simple técnico, ávido de reconocimiento económico y profesional, y divorciado de la sensibilidad humana (Delgado, 1992; en Nizama, 2002).

La motivación para realizar una actividad determina su correcta ejecución, de allí deviene la importancia de conocer al personal que labora en la institución y mantener una comunicación asertiva con la finalidad de identificar necesidades, expectativas y problemas que se estén generando (absentismo laboral, desmotivación, relaciones interpersonales conflictivas, etc.), para poder organizar el plan de gestión de recursos humanos y asegurar personas con “aptitudes, conocimientos y motivaciones indispensables para realizar las tareas propias de cada puesto” (Saboya, 2005, p. 234).

Corella (1996) refirió que el director “es quien facilita la auténtica trascendencia del ser humano por medio de la realización del trabajo”. O sea, el dirigente debe ser el responsable del bienestar de su personal. Una persona produce mejor cuando está satisfecha con su trabajo, cuando está

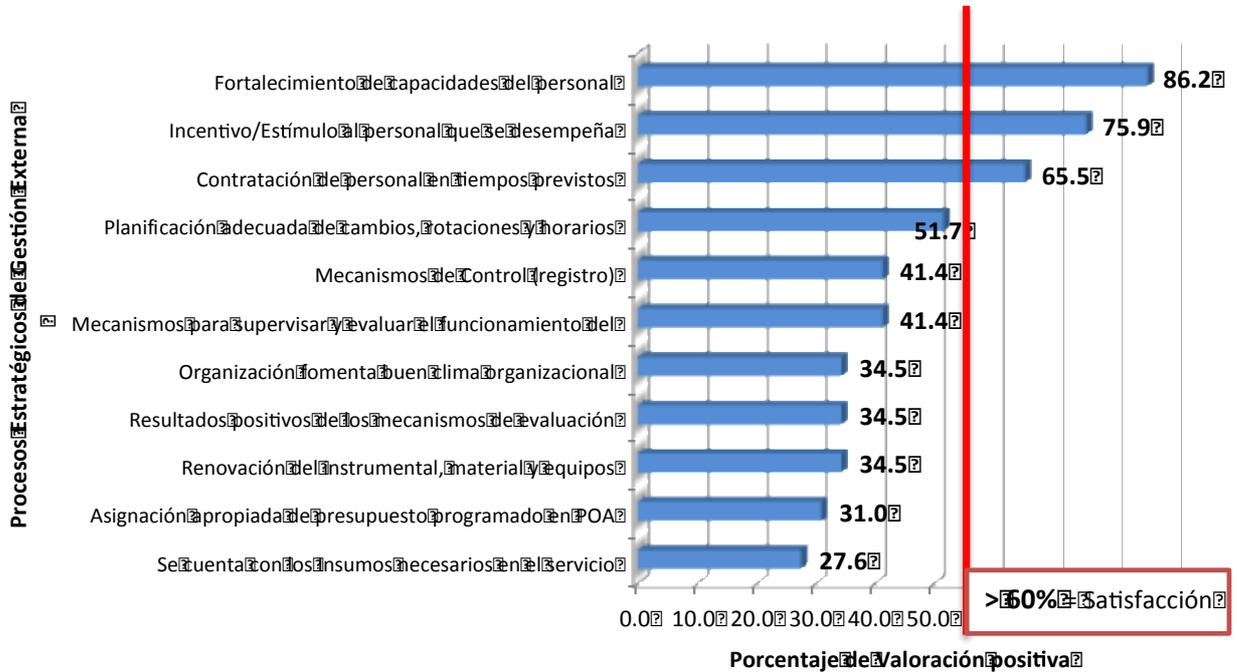
motivada, caso contrario no desarrollará su productividad y le faltaran ideas, no habrá eficiencia, rompiendo así la cadena de calidad (Saboya, 2005, p. 226).

4.1.2 Procesos Estratégicos

Como primer paso para la presentación de resultados y análisis de los procesos estratégicos que se implementan en el D.G-O, se mostraron los procesos de gestión externa del Hospital Regional Cajamarca, el cual es un hospital referencial de nivel II-2 y los de gestión interna, o sea en el D.G-O). Se ha considerado el enunciado: Planificación y organización, para incrementar la calidad en los servicios de salud que se presta a los clientes (Palacios, 2006), que se pueden evidenciar en los planes estratégicos, operativos y documentos de gestión administrativa y clínica-asistencial.

Procesos de Gestión Externa

Gráfico 2. Procesos Estratégicos de Gestión Externa. Porcentaje de usuarios internos satisfechos o no satisfechos. (Estándar > 60%)



Fuente: Base de datos de la Encuesta aplicada al Usuario Interno del D.G-O. 2013

El gráfico 2 muestra que de los 11 ítems revisados, solo “fortalecimiento de capacidades del personal” (86,2%); “incentivo y/o estímulo que se da al personal”(75,9%); y, “la contratación de personal en tiempos previstos”(65,5%), han superado el estándar de > 60%, indicando que los usuarios internos están satisfechos con la implementación de estos procesos en su institución.

El “fortalecimiento de capacidades”, se relacionan con la formación continua del profesional, que se estipula en el plan estratégico; según

Lorente “es la inversión más rentable en los hospitales, ya que contribuye no solo a mejorar las aptitudes del personal, sino también las actitudes” (Saboya, 2005, p. 226), este punto es de vital importancia ya que el recurso humano es el factor productivo dentro de una institución. En el estudio, de Kressler (en Errasti, 1997), se hizo referencia a los porcentajes de gastos para la formación de la masa salarial, los que oscilaron entre el 1 y el 5 por ciento, dependiendo del sector y del nivel jerárquico de una organización en general (Saboya, 2005, p. 257); actualmente la Dirección Regional de Salud, ha incrementado el porcentaje de asignación presupuestal para este rubro, no obstante, aún no se perciben resultados, debido específicamente a la rotación continua de personal.

El Plan Anual (PA) del Hospital Regional de Cajamarca (2012), ha priorizado un problema regional “el incremento de la mortalidad materna”, por ello contempló implementar un programa de mejora de la gestión del recurso humano y desarrollo de capacidades (PA, 2012, p. 41); para lo cual se programaron cursos y talleres de capacitación en emergencias obstétricas y neonatales, los mismos que se fortalecieron con la intervención del Proyecto de Inversión Pública “Disminución de la Mortalidad Materna en la Región Cajamarca”, ya que uno de sus componentes fue el **fortalecimiento del recurso humano de gineco obstetricia del Hospital y Establecimientos de Salud** por medio de pasantías, cursos, talleres. Este conjunto de actividades desarrolladas en el

I Trimestre del 2013, conllevó a tener un alto porcentaje de satisfacción del usuario interno frente a este proceso, siendo considerado un “incentivo/estímulo al personal que se desempeña sobresalientemente”, debido a que los elegidos para acudir a pasantías en el Instituto Nacional Materno Perinatal Lima con todos los gastos pagados, fueron profesionales destacados (Ginecólogos, obstetras, enfermeras), esto sustenta los resultados obtenidos en el estudio.

El ítem, “contratación del personal en tiempos previstos” ha sido considerada satisfactoria, debido a que en Convocatoria CAS 2012 del Hospital Regional de Cajamarca, se contrató personal para departamentos y servicios, los que han mantenido vínculo laboral hasta la fecha de realizado el estudio; sin embargo, no ha sido suficiente para cubrir la brecha de recurso humano.

Los 8 ítems relacionados con la “planificación del presupuesto” (31%); “planificación de cambios, rotaciones y horarios” (51,7%); “la renovación y abastecimiento de instrumental, materiales y equipos” (34,5%); “abastecimiento de insumos necesarios para el servicio” (27,6%), han sido considerados como procesos no satisfactorios.

Este resultado orienta al investigador a asumir que la planificación estratégica en el Hospital Regional Cajamarca, ha sido elaborada sin

considerar las necesidades y prioridades del D.G-O, debiéndose a esto las deficiencias y problemas encontrados en los tres servicios dependientes del mismo; además, se dejó evidenciar que la gestión no se ha orientado a cubrir expectativas ni necesidades del usuario externo, sino a cumplir funciones, sin prever resultados de eficiencia y calidad, esto es debido a que la programación multianual para cada periodo, se realiza en base a datos históricos y no se cuenta con las necesidades actuales por Centro de Costo- Unidad Productora de Servicios.

En los procesos relacionados a la planificación del control, monitoreo y evaluación que asegure la calidad del servicio prestado como “mecanismos, de control”(41,4%); “mecanismos para evaluar y supervisar el funcionamiento del servicio” (41,4%); han sido estimados como procesos regulares debido a que son acciones ya planificadas y estipuladas desde el estado y para lo cual se cuenta con normas y reglamentos: Norma Técnica Sanitaria N° 021-2004/MINSA. DGSP V.01 “Categorías de los Establecimientos del Sector Salud”; Norma Técnica “Estándares de Calidad para Hospitales e Institutos Especializados”; y la Guía de Supervisión, monitoreo y Evaluación”. A pesar de contar con la normatividad emitida por el MINSA y tener los procedimientos estipulados, solo el 34,5% de los usuarios internos opinan que los “resultados de los mecanismos de evaluación son positivos”, pero no supera el estándar.

En tal sentido, se afirma que contar con procedimientos de monitoreo y evaluación normados, no asegura la calidad en la implementación y por ello el resultado puede no ser satisfactorio, como se ha evidenciado en el estudio. Los resultados de un proceso de monitoreo y evaluación son insumo clave para la toma de decisiones en las jefaturas, en tanto que pueden orientar los procesos de cambio y mejora, e incluso priorización de recursos financieros; si esto no sucede es debido a que por dependencia solo se cumplen funciones, no se analizan ni se recomiendan acciones correctivas frente a resultados negativos. De acuerdo con el marco teórico, el buen desarrollo de los procesos afecta directamente el trabajo que desempeña el usuario interno, y esto determina su satisfacción en la atención que brinda.

En el Modelo de Parasuraman, Zeithmal y Berry (1993)“los factores causales relacionados con la inexistencia de una cultura organizacional fuerte son, la inadecuada comunicación vertical y la existencia de excesivos niveles de toma de decisiones, lo que crea discrepancias entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos”, esto origina deficiencias en el sistema y la insatisfacción de los profesionales, lo que se relaciona con los hallazgos del estudio de investigación.

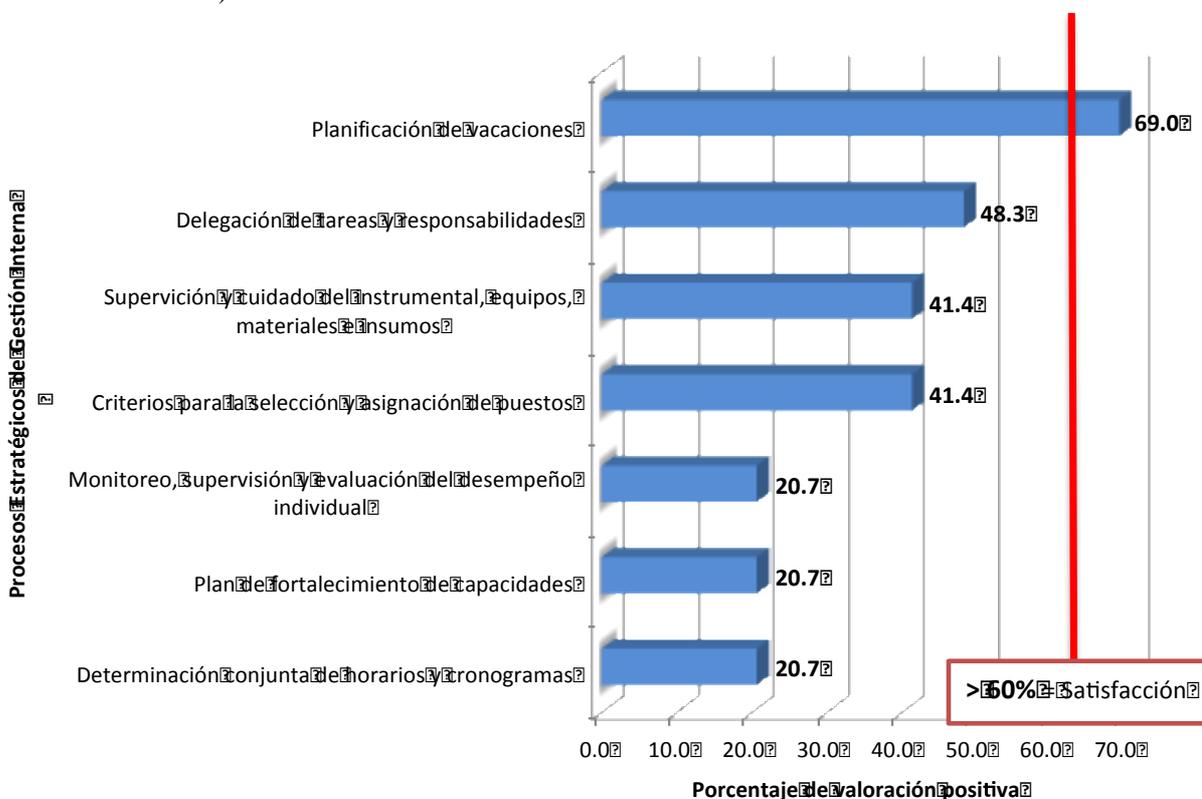
Procesos de Gestión Interna

El D.G-O, según el Manual de Organización y Funciones del Hospital Regional Cajamarca (MOF-H.R.C-2011.), tiene una estructura organizativa funcional; existe una Jefatura de Departamento, una Jefatura de Servicio de Ginecología, estos cargos deben ser asignados a Médicos Especialistas en Gineco-Obstetricia; y, una Jefatura del Servicio de Obstetricia, como responsable asignado, un Profesional Obstetra.

Las jefaturas de servicio en la estructura organizacional del departamento se encuentran en paralelo, lo que es considerado un problema, ya que no permite identificar responsabilidades. Este es el tipo de estructura que caracteriza a los hospitales hoy en día.

Los procesos estratégicos de gestión interna que se desarrollan en el marco de la estructura funcional, son de responsabilidad de la jefatura de departamento; y, su organización y coordinación, son detalladas en el Plan Operativo Anual.

Gráfico 3. Procesos Estratégicos de Gestión Interna en el Departamento de Gineco Obstetricia. Porcentaje de usuarios internos satisfechos. (Estándar >60%)



Fuente: Base de datos de la Encuesta aplicada al Usuario Interno del D.G-O. 2013

En el gráfico 3, muestra la opinión del usuario interno respecto al desarrollo de los procesos de gestión en el D.G-O, evidenciándose que solo un ítem supera el estándar de > 60%, y es la “planificación de las vacaciones” (69%), los procesos restantes son no satisfactorios.

En el ítem “criterios para selección y asignación de puestos”(41,4%), no satisfactorio, esto es debido a que en la gestión pública, la asignación de jefaturas se da por “encargatura” y prima el tema de “confianza” del director del hospital en el profesional asignado; decisión y proceso, que no es

aceptado por los usuarios internos del departamento. Esto es considerado, según las bases de descentralización como una decisión política que se viene implementado en la gestión pública desde el año 2002.

Generalmente se asume, que el profesional asignado no cumple los requisitos para el puesto. Este rechazo se presenta debido a que no hay un proceso concertado de elección.

En consecuencia, es necesario que la alta dirección considere el postulado del Ketlety (1991) quien estableció que no sólo es importante tener un conocimiento profundo y exhaustivo de la profesión de salud, ya sea médico gineco-obstetra, obstetra o enfermera, para dirigir un establecimiento de salud o cumplir un cargo directivo, sino que además se requieren conocimientos sobre gestión (Saboya, 2005, p. 226), Si bien esta apreciación es muy aceptable, sin embargo , si no se tiene cualidades de liderazgo para asumir un cargo directivo la gestión será ineficiente, ya que implica un compromiso firme y decidido para gestionar no solo recursos financieros, sino humanos y tecnológicos; para ello debe “dirigirlos y coordinarlos, no solo administrarlos”(Saboya, 2005, p. 225), es por ello que el trabajo debe realizarse en base a un Plan Operativo Anual. En adición a lo planteado se sugiere la coordinación continua con el equipo asistencial del D.G-O, asimismo, se deben realizar consultas previas, reuniones, donde

se planten y asuman acuerdos que faciliten los procesos de asignación de jefaturas y mejore el clima organizacional.

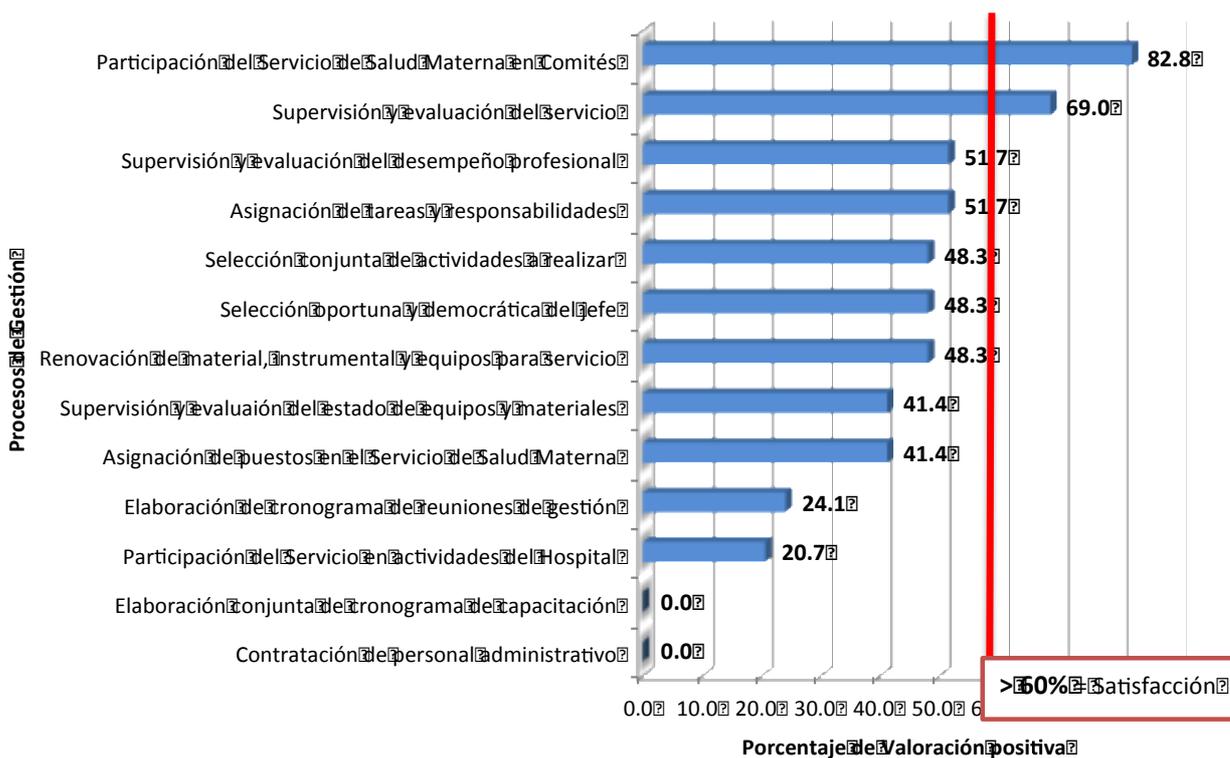
Este primer proceso es clave, si los usuarios internos no reconocen y aceptan la elección al jefe de departamento y/o servicio, difícilmente van a realizar un trabajo coordinado y en equipo, ya que solo cumplirán funciones inherentes a su trabajo y muchas veces por obligación. Por ello, la “delegación de tareas y responsabilidades”(48,3%); la “determinación conjunta de horarios y cronogramas”(20,7%); “plan de fortalecimiento de capacidades”(20,7%); y, el “monitoreo y evaluación del desempeño profesional”(20,7%), han sido consideradas no satisfactorias.

Peter Drucker, quien es considerado el mayor filósofo de la administración en el siglo XX y padre de la gestión, refiere que un orden social eficaz, se establece en la gestión de un hospital, cuando se ha conferido responsabilidades y atribuciones a todos sus miembros (Saboya, 2005, p.256)

La Gestión por Procesos en el marco de la gestión administrativa

Una vez identificadas las opiniones acerca de la implementación de los procesos estratégicos en la gestión interna del D.G-O y gestión externa del Hospital Regional Cajamarca, y con la finalidad de complementar la primera parte del estudio, se indagó acerca del cumplimiento sistemático de las etapas de la gestión hospitalaria, como son: prever, organizar, dirigir, coordinar y controlar.

Gráfico 4. Etapas de la gestión hospitalaria en la implementación de los procesos de gestión. Porcentaje de usuarios internos que opinan afirmativamente. (Estándar >60 %)



Fuente: Base de datos de la Encuesta aplicada al Usuario Interno del D.G-O. 2013

En el gráfico 4, se observó que los usuarios internos del D.G-O, consideraron que los procesos relacionados con “la participación en Comités Regionales de Análisis de Muerte Materna” (82,8 %); y, “Supervisión y evaluación dentro del servicio” (69%), cumplen con las etapas de la gestión hospitalaria, por consiguiente son procesos satisfactorios, mientras que los procesos no satisfactorios son los relacionados a “contratación de personal” (72,4% de respuestas negativas); y, “la elaboración conjunta de cronograma de supervisión, evaluación y monitoreo, y capacitación” con ninguna respuesta afirmativa.

En tal sentido, se concluyó que los procesos de gestión no siguen las etapas descritas por la gestión hospitalaria, lo que sustenta los hallazgos encontrados en el estudio en puntos precedentes, ya que esto genera deficiencias en el funcionamiento del servicio, tanto organizacional como operativo.

Como se mencionó en el marco teórico, los procesos de gestión estratégica en el Hospital Regional de Cajamarca, se dividen en dos etapas, la primera, de naturaleza mecánica, es donde se planifican y organizan las acciones a realizar; la segunda, dinámica, donde se ejecuta eficiente y eficazmente la integración, dirección y el control de los procesos. Para los usuarios internos, los procesos no cumplen con la organicidad propuesta por la teoría y presentada en el Plan Operativo Anual del Hospital Regional de Cajamarca.

La gestión hospitalaria requiere un conjunto de conocimientos, habilidades y técnicas con base en un equilibrio armónico que proporcione la preparación suficiente al director y le permita llevar a cabo una secuencia de acciones integradas para alcanzar objetivos determinados en la solución de problemas prioritarios; debe ser capaz del diseño (**prever, planear**), desarrollo (**organizar**), sistematización (**dirigir**), dirección (**coordinar**) y evaluación y retroalimentación (**controlar**), los planes y programas de trabajo, así como planes de mejora continua, para asegurar la calidad asistencial.

La dirección al respecto ha opinado **“por el compromiso asumido al aceptar este cargo, tengo múltiples actividades, entre reuniones con el personal administrativo, asistencial, sindicato, el Gobierno Regional, es imposible estar presente en todas, por ello se delega funciones al director adjunto y tratamos de trabajar en equipo...se ha conformado un equipo técnico de gestión que está trabajando el Plan Estratégico, nos apoya en todo este proceso”**; asegurar una adecuada planificación es elemental para orientar y organizar la gestión hospitalaria, ya que permite garantizar el adecuado uso de recursos y priorización en la asignación de presupuesto, en base a necesidades e indicadores de cada departamento, para optimizar la oferta del hospital, por ende orienta la toma de decisiones con evidencia.

Con respecto a la asignación de presupuesto la dirección comenta que **“...no se puede atender los requerimientos de todos los departamentos, contamos con presupuesto reducido y ajustado para el presente año. Estamos priorizando, el presupuesto lo asigna el Gobierno Regional, dependiendo de lo que le aprueba el pliego a nivel nacional, no depende directamente de nosotros”**.

En referencia al comentario, cabe aclarar que el equipo directivo del hospital, al ser un cargo de confianza, elegido por el Gobierno Regional, tiende a estar sujeto a las decisiones de la alta dirección, pero en la gestión hospitalaria, la dirección altamente especializada es la que marca las directrices y los planes a desarrollar. No obstante, se deja notar que en nuestra realidad la toma de decisiones de la dirección ha sido restringida, suceso causado por la centralización de la gestión a nivel del Gobierno Regional en asuntos relacionados a toma de decisiones de cargos de confianza y a nivel de Gobierno Central en relación a aspectos presupuestales; y el proceso de descentralización que aún no concluye; esto justificaría en parte la ineficiencia en los procesos estratégicos.

En la entrevista realizada al Jefe de Departamento, en referencia al tema ha opinado que **“...las actividades como delegación de responsabilidades, supervisión, están planificadas y se sigue con todos los procesos, con algunas deficiencias –claro-...;hay que mejorar!”**; enfatizando la frase

“hay deficiencias”, se deduce que los resultados van a ser no satisfactorios. Asimismo, con respecto a los procesos relacionados con la conformación de Comité de Análisis de Mortalidad Materna, reuniones para programar vacaciones y horarios, ha comentado **“son las reuniones que más problemas originan, es difícil ajustar y conciliar opiniones y preferencias, por eso hay que dedicarles más tiempo”**, se entiende ahora porqué son procesos satisfactorios, la jefatura le “dedica más tiempo”.

La Jefatura de Servicio de Obstetricia, dejó notar su gran interés por participar en un proceso de cambio en el D.G-O, haciendo una descripción vaga de su quehacer en la gestión manifestó **“es la primera vez que he aceptado un cargo de jefatura y ya estoy arrepentida, es bastante difícil coordinar con las colegas, te buscas enemistades gratuitas; y además tienes que estar atenta a lo que está sucediendo en el servicio...y si eso no fuera poco, tienes que cumplir los turnos según lo programado (guardias nocturnas y diurnas), porque hay insuficiente personal de obstetricia y ginecólogos –también-.”** Es importante resaltar la buena disposición y motivación del profesional para querer hacer bien las cosas, reconoce que no es fácil y es una nueva responsabilidad la que ha asumido, que está generando un esfuerzo adicional. También se manifestó que **“se trabajo por amor a lo que uno hace”**, la opinión que merece a la autora es que el profesional está comprometido con su trabajo y tal compromiso lo motiva.

El rol de líder tiene puntos de acción desde la problemática al cambio y la mejora continua y desde la complejidad del presente hacia la incertidumbre a largo plazo, por ello es clave que el líder genere un compromiso permanente de solidaridad, participación activa y motivación en el cumplimiento de la filosofía, las estrategias, las metas y objetivos a alcanzar de manera conjunta, coordinando los procesos.

Los procesos estratégicos, de gestión externa e interna y la implementación de éstos, como formas sistemáticas de hacer las cosas y siguiendo un orden predispuesto, son fundamentales ya que integran de manera articulada la oferta organizada que brinda el hospital y el D.G-O; esta organización tiene como propósito ayudar a que los objetivos logren contribuir a la eficiencia del hospital (MINSA, 2010, p. 86). Si estos procesos no cumplen las etapas básicas de la administración, el servicio de salud es ineficiente y se traduce en no satisfacción del usuario externo, de esta manera se advierte que la calidad asistencial es también no satisfactoria.

Los resultados del estudio son desalentadores, se evidenció que pese a las normas técnicas, guías, planes de gestión que emite el MINSA, la implementación en el Hospital Regional de Cajamarca y el D.G-O, no es adecuada, por los siguientes motivos:

1. A nivel central (MINSA), se establece que la organización estructural de los establecimientos es funcional, la que genera dificultades en la implementación de procesos.
2. Directivos con escasos conocimientos en gestión y dirección hospitalaria y/o administrativa.
3. Deficiente gestión del Recurso Humano, desmotivado por causa de una estructura funcional que pone barreras a los procesos. Además no existe “espíritu de cuerpo”, ya que no se identifican con la institución, ni reconocen la trascendencia del servicio que se brinda, **“recuperar la salud de la población”**.
4. Desarticulación, falta de comunicación entre funcionarios y equipos asistenciales para la planificación y priorización de actividades, entre otras.
5. Clima laboral conflictivo, generado principalmente por paralelismos de funciones en jefaturas, esto origina que no asuman responsabilidades ni se consideren partícipes en los riesgos y/o soluciones.
6. Crecimiento continuo de la demanda. El ser el único hospital referencial implica asumir la atención de casos críticos que se presenten a nivel regional, la demanda se incrementa y se supera la capacidad resolutive del hospital. Hay que recordar que la sobresaturación de este servicio tiene relación con la poca capacidad resolutive de los establecimientos periféricos, ya que debería atender “solo casos complicados”; sin embargo, sigue funcionando como Hospital II-1. Y habría otro problema

que siendo Unidad Ejecutora, aún no cuenta con un aparato administrativo que articule con la Dirección Regional de Salud, porque se impone funcionarios de “confianza” desde la DIRESA, generando serios cuestionamientos y por tanto no compromiso para asumir con seriedad las responsabilidades asignadas.

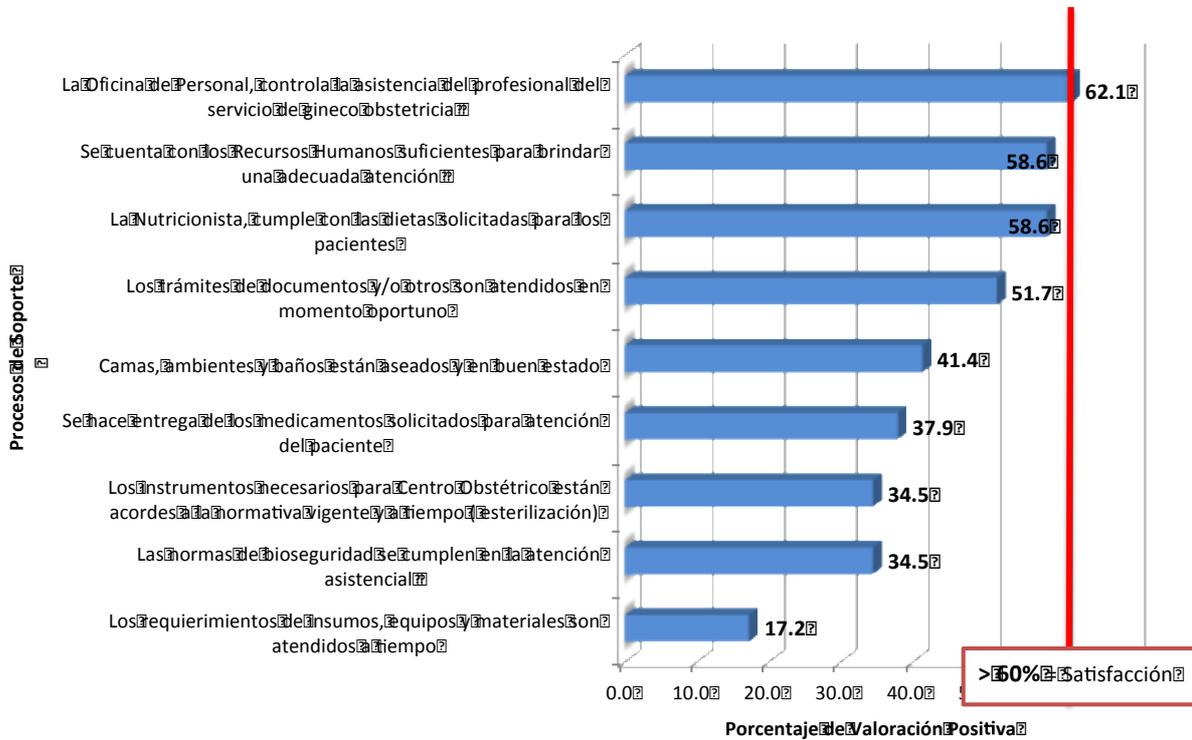
En tal sentido, el desafío del D.G-O, debería consistir en desarrollar capacidades administrativas y de gestión en las personas encargadas de dirigirlos, así como la adecuada gestión del recursos humano, con la finalidad de que la administración sea eficiente, y así cumplir las metas que contemplan sus diferentes departamentos, y con ello dar respuesta a las necesidades de salud y expectativas que la sociedad les demande satisfactoriamente.

4.1.3 Procesos de Soporte

Los procesos de soporte, están conformadas por un conjunto de actividades relacionadas con la gestión de archivo documentario, mantenimiento de equipos, materiales, adquisición y contratación, almacenamiento, abastecimiento de insumos, equipos, materiales, gestión con empresas externas, etc.(MINSA, 2006), que facilitan los insumos, equipos y materiales y procesos necesarios en cantidad, calidad y tiempo oportuno, a fin de que los profesionales realicen procesos operativos (clínico asistenciales).

En el organigrama funcional del Hospital Regional de Cajamarca, los procesos de soporte están inmersos en la Gestión Administrativa. Área de Logística y la Dirección de servicios generales: personal, mantenimiento, seguridad, gestión de residuos, etc., las diferencias con respecto a organigramas de otros hospitales nivel II-2, son mínimas.

Gráfico 5. Procesos de soporte. Departamento de Gineco Obstetricia.
(Estándar >60%)



Fuente: Base de datos de la Encuesta aplicada al Usuario Interno del D.G-O. 2013

El presente gráfico, mostró que el proceso relacionado a “control de personal” alcanzó un 62% de respuestas positivas, superando sólo por dos puntos porcentuales el estándar para ser considerado satisfactorio; los demás procesos: “Los requerimientos de insumos, equipos y materiales son atendidos a tiempo”(17,2%); “Se hace entrega de los medicamentos solicitados para atención del paciente”(37,9%); “Los instrumentos necesarios para Centro Obstétrico están acordes a la normativa vigente y a tiempo de esterilización de equipos”(34,5%), “Las normas de bioseguridad se cumplen en la atención asistencial”(34,5); “las camas, ambientes y baños están aseados y en buen estado”(41,4%); “Los trámites de

documentos y/o otros son atendidos en momento oportuno”(51,7); “se cuenta con los Recursos Humanos suficientes para brindar una adecuada atención”(58,6%), han sido considerados procesos no satisfactorios.

La falta de comunicación, coordinación y articulación entre áreas administrativas y equipos asistenciales, son problemas considerados las causas principales de la deficiente implementación de este proceso.

Se han presentado opiniones con respecto a las demoras en los procesos de soporte: **“...solicitamos insumos y llegan fin de mes”, “los documentos no son atendidos a tiempo, falta material para brindar atenciones esenciales, como por ejemplo guantes, materiales de aseo y limpieza”;** **“existe demoras en la atención de requerimientos de medicamentos a farmacia, insumos, equipos y materiales de logística, los procesos se detienen por la ineficiencia de un personal que no quiere asumir su responsabilidad en el trabajo que realiza, los equipos son entregados fuera de tiempo”**. Estas opiniones son parte de las quejas y requerimientos improductivos que se presentan durante un día de trabajo, que no son atendidas por la dirección y/o equipo de gestión. Es necesario, hacer notar que solo se percibe las quejas en referencia a la falta de insumos, equipos y materiales; sin embargo, se deja de lado el riesgo laboral que implica no contar con insumos para implementar las normas de bioseguridad tanto para el paciente como para el profesional de salud.

Además, se expresa el malestar porque el problema de desabastecimiento es permanente, por ello habría que identificar si el nudo crítico es solo que el **“personal que no quiere asumir su responsabilidad en el trabajo que realiza”**, se puede adicionar la falta de competencias técnicas del responsable asignado al área debido a la rotación permanente del personal.

Frente a esto la Jefatura de Departamento y Servicio en lo concerniente a la gestión administrativa (logística, presupuesto y abastecimiento), han opinado: **“...el servicio de obstetricia genera ingresos al hospital, mucho más que otros departamentos, por ello el Hospital debería asignar más presupuesto para recurso humano”, “...no es posible que todas las actividades las atienda un solo profesional por turno, es inhumano, cansado; cuando en una guardia nocturna (7:00 p.m. a 7:00 a.m.) llegan más de 15 pacientes en trabajo de parto, hay cesáreas y operaciones ginecológica (...) sería importante que haya más atención por parte de la directora y la administración, sería bueno que se preocupe por el departamento...”**.

Este discurso, además permite identificar la falta de planificación estratégica y la inoperancia del área de gestión de la calidad.

Entendiendo que los procesos de soporte son la base para brindar atención de salud, las áreas en el Departamento deberían estar abastecidas

continuamente. Tenemos que en Emergencia deben considerarse como prioridad contar con claves de atención de emergencia obstétrica, actualizadas y abastecidas en caso se presente alguna de las tres emergencias con mayor incidencia en la región, como son: Hemorragia Obstétrica (Clave Roja), Hipertensión Inducida por la Gestación (Clave Azul) e Infecciones (Clave Amarilla). La lista de chequeo ha facilitado la observación del espacio físico donde funciona el D.G-O, verificando distribución, equipamiento, insumos, medicamentos y claves de emergencia, lo que permitió determinar si se cumple con la normatividad vigente; concluyendo que existe demoras en los requerimientos. Se ha evidenciado que hace falta medicamentos, insumos y equipos (claves desabastecidas); El Servicio de Obstetricia, no cuenta siempre con insumos (guantes, equipos de venoclisis, bránulas, isodine) necesarios para la atención de parto, además, refieren **“cuando hay más de 8 partos en la noche, los equipos de atención de parto, se agotan y en el área de esterilización hay demoras y/o no se garantiza el proceso de esterilización, poniendo en riesgo la vida de la paciente”**.

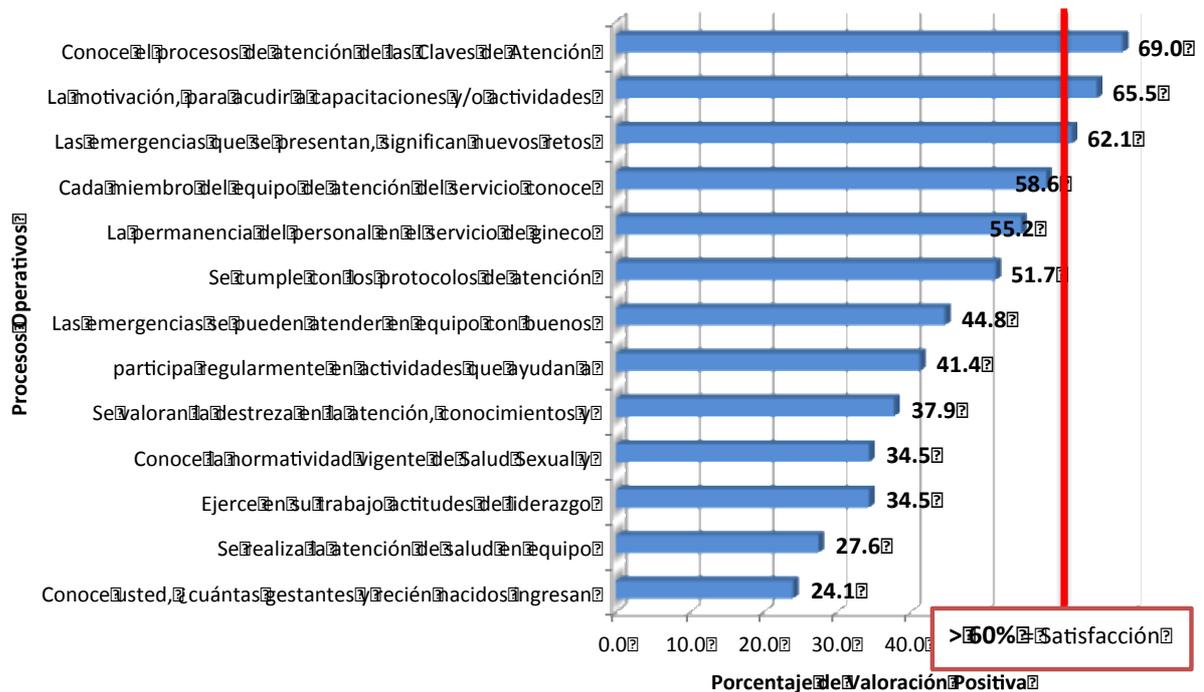
Para hacer frente a esta problemática, se debería fortalecer los procesos de soporte y garantizar el abastecimiento continuo, para lograr esto, la comunicación asertiva entre D.G-O y áreas de soporte debe ser permanente y oportuna, y así prever riesgos innecesarios.

4.1.4 Procesos Operativos

Los procesos operativos, son aquellos que nos permiten estar en contacto directo con el usuario externo, engloban todas aquellas actividades que generan valor añadido y tienen mayor impacto sobre la satisfacción de este.

Al analizar los procesos operativos, estamos hablando de procesos clínico-asistenciales básicos, estipulados en la normatividad vigente, lo que conduce a la implementación de protocolos, guías y procedimientos de atención en consulta externa, emergencia y hospitalización obstétrica y ginecológica.

Gráfico 6. Procesos Operativos. Departamento de Gineco Obstetricia.
(Estándar >60%)



Fuente: Base de datos de la Encuesta aplicada al Usuario Interno del D.G-O. 2013

En el gráfico 6, se observó que el usuario interno ha referido conocer los procesos de atención establecidos en las Claves Obstétricas (Roja, Azul, Amarilla), en un 69%; seguido de “la motivación para acudir a capacitaciones y/o actividades del Hospital Regional de Cajamarca, es buena”(65,5%), y el 62,1% refirió que “las emergencias que se presentan, significan nuevos retos de superación profesional”.

En referencia a los ítems: “cada miembro del equipo de atención del servicio, conoce sus responsabilidades y cómo actuar”, (58,6%); “las emergencias se pueden atender en equipo con buenos resultados”(44,8%); “participa regularmente en actividades que ayudan a fortalecer el servicio” (41,4%); “ejerce actitudes de liderazgo”(34,5%); “se valoran la destreza en la atención, conocimientos y experiencia del profesional”(37,9%); “ejerce en su trabajo actitudes de liderazgo”(34,5%); “se realiza la atención de salud en equipo”(27,6%); “Conoce usted, ¿cuántas gestantes y recién nacidos ingresan al servicio mensualmente?” (24,1%); han sido considerado procesos no satisfactorios, relacionados con el ambiente de trabajo y la cultura organizacional.

Según López Arbeola, citado en Saboya (2005), la participación activa de los profesionales es imprescindible para lograr el incremento de eficiencia, actualmente el personal hospitalario está desmotivado por culpa del propio funcionamiento del sistema de salud. Por esta razón, establece como

necesario la creación de un ambiente más propicio, capaz de motivar al personal hospitalario, de forma que este se vea más involucrado en el proceso asistencial (p. 261).

Los resultados evidenciaron que en el D.G-O, existen problemas de relaciones interpersonales, clima laboral conflictivo, personal asistencial desmotivado por el sistema impuesto y las ineficiencias en la gestión actual, por ello se hace necesario implementar un “cambio cultural en el personal asistencial” (Sedano, en Saboya, 2005, p. 261); este cambio implica la implementación de un proceso de gestión de recurso humano de manera urgente, el cuál debe contener como prioridad mejorar la comunicación, fortalecer el trabajo en equipo y las capacidades para atención de emergencias gineco-obstétricas, concientizando acerca de la función primordial del profesional en el “cuidado y recuperación de salud del paciente”; y, contribuir con ello, al logro del objetivo regional “disminuir la mortalidad materna”.

Por otro lado, es importante considerar el liderazgo en el equipo de atención en salud, trabajo asumido por el profesional médico, el cual cumple el rol de coordinador o “director de orquesta”, de todo el proceso asistencial; el líder, asegura la participación de todo el equipo.

Con respecto a los ítems relacionados a protocolos de atención clínica: “se cumple con los protocolos de atención”(51,7%); “cada miembro del equipo de atención, conoce cómo actuar” frente a una emergencia(58,6%); “conoce la normatividad vigente de salud sexual y reproductiva”(34,5%). No supera el estándar. Este resultado es crítico, evidencia el desinterés del profesional especializado en conocer la normatividad que direcciona su actuar en el marco de la gestión clínica, asumiendo que el “criterio médico” es suficiente para tratar a un paciente.

Entendiendo que un protocolo de atención clínica es “una secuencia ordenada de conductas que se aplican a un enfermo con objeto de mejorar su curso clínico”, según Ortún Rubio y Rodríguez, “constituyen una ayuda en el número de alternativas diagnósticas y terapéuticas” (Saboya, 2005, p. 83); constituyen una “guía”, “procedimientos orientadores de la atención” que se deben de brindar en situaciones diferentes y mediante un proceso de valoración clínica por parte del médico y/o obstetra, es allí donde recién se aplica el “criterio médico”, para determinar el correcto accionar.

En tal sentido, deberían ser aplicadas y en su defecto revisadas y mejoradas en base a evidencia científica regional. El MINSA, ha elaborado y distribuido a todas las regiones protocolos, guías y procedimientos específicos para salud sexual y reproductiva y emergencias obstétricas y neonatales, no obstante, no son realistas, ya que no se ha considerado las

características específicas de la población a atender (perfil epidemiológico), ni la evidencia científica regional que valide el proceso. Según Varó, citado en Saboya (2005), los protocolos deben ser aceptados, difundidos y se debe contar con recursos para su implementación y evaluación (p.84); convendría que esta evaluación sea continua.

Por la forma fragmentada de actuar en los procesos asistenciales, es que la aplicación de protocolos es importante, ya que permite reducir los procedimientos clínicos de atención innecesarios y los diversos tratamientos aplicados según criterio médico a un mismo paciente; asegurar, además una atención de emergencia sin demoras y organizar el trabajo en equipo.

El trabajo en equipos asistenciales de salud implica, la cooperación, el flujo de información continuo, uso de protocolos, las claves de emergencias obstétricas, la coordinación y comunicación asertiva; el trabajo en equipo y el aprender de todos, es lo que posibilita la culminación de resultados satisfactorios, que no pueden ser alcanzados de otra manera, coincidimos al respecto con Venegas (1994), quien refirió que es importante en la administración moderna, el saber tomar decisiones en equipo.

El Jefe de Departamento aludió **“nosotros nos encargamos de la parte clínica asistencial y generalmente llegan al servicio pacientes en estado crítico-llegan a morirse-, en este tema la Dirección Regional de Salud**

debe intervenir, fortalecer el sistema de referencia y asegurar que los pacientes lleguen estables, ya que en otra situación lo que se puede hacer es mínimo”

Estas opiniones muestran otras de las grandes debilidades del sistema, la ineficiente funcionalidad de la Unidad de Referencia y Contrareferencia. En los establecimientos de salud periféricos, inoperatividad que ponen en riesgo la vida de los pacientes.

La jefatura del Servicio de obstetricia ha manifestado que **“...no todos se comprometen en el rol que deben realizar, no quieren seguir protocolos, ¡nosotros tenemos criterio médico!”**.

El **“rol que cada profesional debe asumir”**, es una frase que tiende a la individualización del trabajo, más que a trabajo en equipo. Si bien es cierto, se habla de “equipo de atención”, “trabajo en equipo”, se debe considerar más como el trabajo en que cada persona a título individual pone de manifiesto sus conocimientos y habilidades entre sí con un fin único atender a la paciente.

Hasta aquí se observa, un actuar individual y no coordinado, cada profesional cumple sus actividades pero no fija su accionar para cumplir una meta en común, ni el objetivo estratégico de la institución. Cumplen un

horario y alcanzan productividad individual. Este resultado es debido a que el Plan Anual del H.R.C., no ha sido socializado con el personal, carece de presupuesto para la implementación, existe un clima organizacional tenso, conflictivo, se han encontrado pasivos de gestiones anteriores y serios problemas financieros que han detenido el desarrollo de la institución; el Plan Operativo del D.G-O, no cuenta con presupuesto, ni con la aprobación de todo el personal del departamento, las relaciones humanas están fragmentadas, los conflictos entre Ginecólogos-Ginecólogos, Ginecólogos-Obstetras y entre Obstetras-Lic. Enfermería, la competencia y rivalidad gobiernan el departamento, se hace evidente que el tema se debe a:

1. Deficiencias en la gestión del Recurso Humano en el D.G-O
2. Protocolos, guías y procedimientos generados a nivel nacional, sin validación regional.
3. El profesional desconoce las normas técnicas que orientan su accionar en salud.

Resumiendo , los hospitales están sometidos a normas que establece la estructura funcional obligatoria para el sector público y además propone implementar la gestión por procesos como alternativa para asegurar la calidad asistencial; el modelo propuesto por el MINSA, es viable, toda vez que se genere un cambio en la estructura organizacional del hospital ya que esta incongruencia entre organización funcional y organización por procesos, es en parte la causa de la actual desorganización de la gestión hospitalaria y la ineficiencia de los procesos estratégicos, operativos y de soporte, que ha

originado problemas en el funcionamiento del hospital, tal y como se ha evidenciado con los resultados del estudio.

Rivera y Osende, citados en Saboya (2005), resumen esta problemática en:

- a. Acumulación de pacientes en salas, con largos periodos de tiempo para ser atendidos.
- b. Largos tiempos de espera asociados a los tiempos de preparación de cada paciente, en cada etapa del diagnóstico y tratamiento, esto genera tiempos no productivos de los recursos.
- c. Duplicación de pruebas diagnósticas y terapéuticas, por falta de confianza y coordinación, generando sobrecostos innecesarios.
- d. Realización de pruebas innecesarias, que se obviarían en caso de contar con profesionales debidamente capacitados y preparados.
- e. Exceso de movimiento físico por traslado a quirófano, laboratorio, centros radiológicos, farmacia, etc.. lo que genera horas no productivas del personal.
- f. Exceso de tiempos en tratamientos por dificultad de establecer procedimientos repetitivos.

La gestión por procesos, no solo debe presentarse como una alternativa de mejora plasmada en la normativa, sino deben de brindarse las facilidades para que su implementación sea operativa y genere los beneficios esperados.

A la autora le ha parecido vital ofrecer esta descripción de los procesos con datos estadísticos y opiniones de los actores inmersos en ellos, ya que hasta

el momento se ha tocado este punto de forma conceptual, sin aportar datos que sirvan para tener una imagen real de lo que acontece en el D.G-O del H.R.C., si bien es cierto, estos resultados son una fotografía pequeña de la gestión hospitalaria que se implementa actualmente en el hospital, debería considerarse como insumo inicial para investigaciones más detalladas y ser el sustento para la elaboración de una propuesta de mejora para el D.G-O.

4.2 Calidad Asistencial percibida por el usuario externo

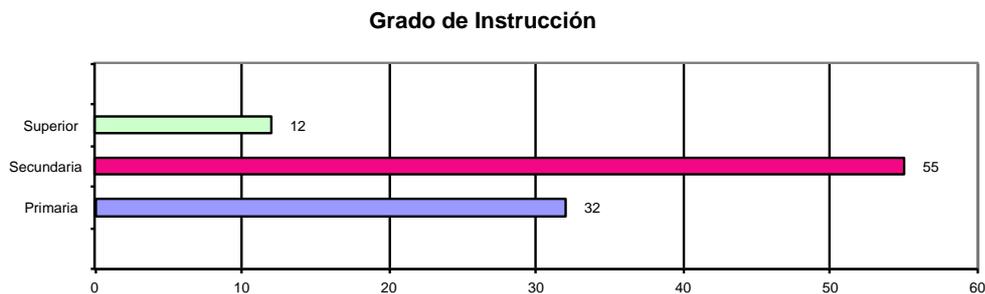
La calidad asistencial de los servicios de salud es sin duda un aspecto medular en la gestión del Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, según el Ministerio de Salud (2006) la calidad en la prestación es condición de eficacia de los esfuerzos e intervenciones desplegadas y garantía de seguridad y trato humano para todos y cada uno de los usuarios (p. 7).

A continuación se presentan los resultados de la evaluación de la calidad asistencial percibida por el usuario externo del D.G-O.

4.2.1 Caracterización del usuario externo del Servicio de Gineco Obstetricia

El 100% de los usuarios externos encuestados, fueron pacientes que han recibido la atención de manera directa en el departamento.

Gráfico 7. Grado de instrucción de los usuarios externos del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013.



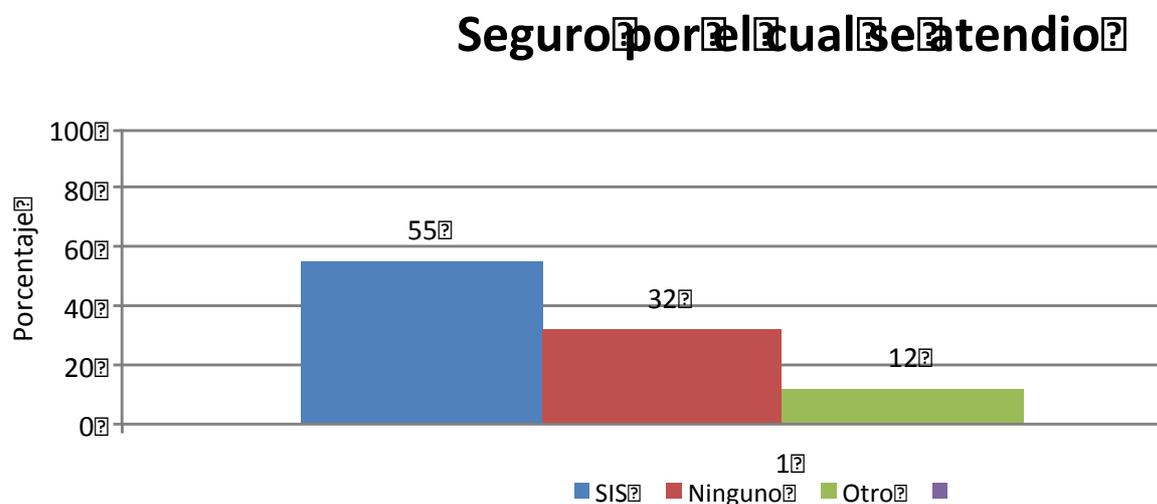
Fuente: Base de datos. Encuesta aplicada a usuarios externos del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013. (Aplicativo Excel)

En el gráfico 7, se mostró que el 55% de los encuestados tuvo grado de instrucción secundaria, el 32.75% primaria y solo el 12 % superior.

Saboya (2005) en su estudio concluyó que el nivel de estudios del encuestado se relaciona directamente con las valoraciones (expectativas) que tiene de sala de espera, visitas médicas, etc. A mayor nivel de estudios, más inadecuadas se valoran estas áreas (p. 394).

El grado de instrucción es importante, ya que a mayor nivel de estudios las expectativas del usuario externo aumentan y por ello la percepción del servicio brindado es evaluado con un alto nivel de rigurosidad.

Gráfico 8. Tipo de Seguro de los usuarios externos del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013.



Fuente: Base de datos. Encuesta aplicada a usuarios externos del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013. (Aplicativo Excel)

Podemos observar en el gráfico 8, que el 55% cuenta con Seguro Integral de Salud, el 32,75% no cuenta con ningún tipo de seguro y el 12,06% cuenta con otro tipo de seguro (EsSalud, Pacífico, etc.) que por la gravedad del diagnóstico han sido referidas al Hospital Regional de Cajamarca.

Dentro del proceso de aseguramiento universal, que es una política planteada en la reforma del sector salud, lineamiento 5, que textualmente dice: “Cerrar la brecha de aseguramiento de la población pobre”; y, en el marco de la Ley de Aseguramiento Universal de Salud (ley N° 29344), se establece un régimen subsidiado que está dirigido a financiar las prestaciones en salud de la población

más vulnerable y de bajos recursos y se precisa como criterio de elegibilidad, no contar con ningún tipo de seguro y estar clasificado como pobre según el Sistema Focalizado de Hogares (SISFHO); no obstante, los resultados evidencian que esta política no se ha implementado en su totalidad, ya que el 32% de usuarios externos del D.G-O, no cuenta con ningún tipo de seguro.

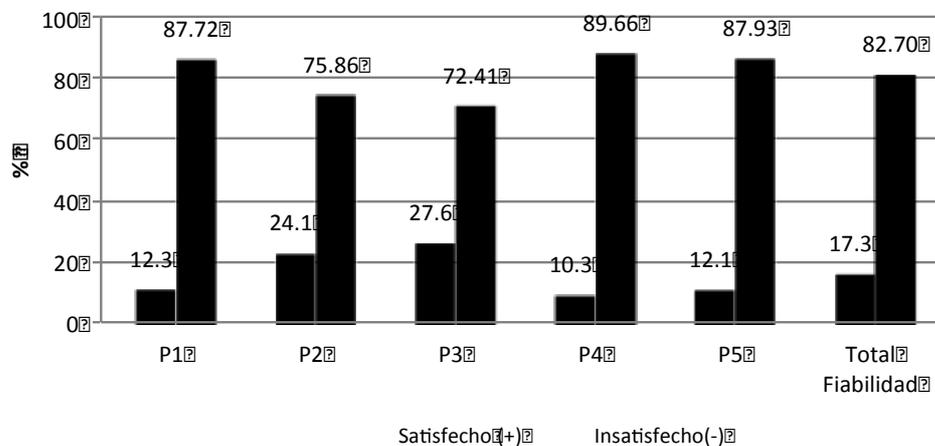
Considerando que mejorar y asegurar la salud materna, es una prioridad local, nacional y mundial, asimismo que la mujer en edad fértil, embarazada y/o puérpera está en situación de vulnerabilidad y alto riesgo de muerte; y que Cajamarca es el departamento más pobre del Perú, este 32% debería estar asegurado, en tal sentido, es imperante que el Gobierno Regional, la Dirección Regional de Salud y el Hospital Regional Cajamarca identifiquen a estas pacientes, los problemas que están restringiendo su afiliación al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud y propongan soluciones inmediatas al respecto, y contribuir a la disminución de la mortalidad materna.

4.2.2 Dimensiones de la Calidad Asistencial

Fiabilidad

Dimensión entendida, como la capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido.

Gráfico 9. Calidad Asistencial percibida por el Usuario Externo atendido en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013. Dimensión: Fiabilidad



Fuente: Base de datos. Encuesta aplicada a usuarios externos del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013. (Aplicativo Excel)

En el gráfico 9, se pudo observar que la calidad asistencial percibida por el usuario externo al respecto de la dimensión de fiabilidad (82,7%) es insatisfactoria.

Se analizaron las percepciones con respecto a las “visitas médicas recibidas durante la hospitalización”; a la “explicación que realiza el médico sobre la enfermedad y su evolución”, sobre el “problema de

salud”, los “medicamentos indicados”, los “resultados de examen de laboratorio”, y “las indicaciones una vez que el médico dio el alta”; en todos los criterios evaluados el resultado es insatisfactorio, debido a que el usuario externo refiere **“no entendí nada”** y en algunos casos solo le han hecho entrega de los documentos sin brindarle mayor información. Es importante comprender que una persona busca atención en un servicio de salud hospitalario cuando reconoce o presenta un problema que le está generando “dolor, angustia, malestar”, la atención por emergencia, consulta externa y/o hospitalización puede presentar para él y para su familia una situación complicada, que genera incertidumbre y trastorno emocional, así como desajustes en el entorno familiar; por ende, está susceptible a las actitudes de su entorno. Ferweson, mencionó que “la mejor información es aquella que requiere y satisface al cliente, no aquella que lo confunde o lo satura”, debe partir de un buen análisis del usuario externo.

En el estudio de Dusek (2005) se concluyó que la “atención brindada por los médicos hacia las usuarias, es percibida por ellas a través de la comunicación verbal y no verbal. Las usuarias manifiestan que algunos médicos con su forma de expresarse, sus actitudes y gestos, hacen que se reduzca la potencialidad comunicadora médico – usuaria, o sea que se instalan barreras”, este resultado nos muestra lo importante que es la actitud del profesional y la explicación clara que

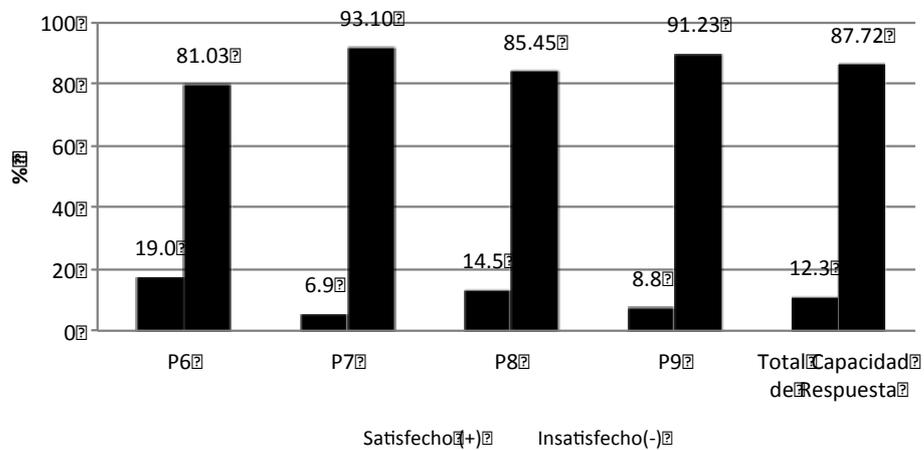
debe brindar al usuario externo referente a su situación de salud, para asegurar la fiabilidad en la atención que brinda, considerando el aspecto humano de la calidad asistencial, que nos refiere que el paciente es un catalizador de la calidad por ende debe contar con información clara y oportuna, garantizando que ha comprendido todas las indicaciones; esto a su vez permite que el paciente asuma la responsabilidad y compromiso en el proceso de recuperación.

Al respecto Pezoa (2012) refirió que la desinformación es percibida por los pacientes como una incerteza que provoca un sentimiento agudo de inseguridad, por lo que se valora la apertura de información directa para ellos y sus familiares. Este tipo de variables actúa también como un atenuante de la preocupación de los pacientes al saber cómo se sentirán, qué sentirán y cuáles procedimientos se les realizarán lo que calma la ansiedad propia de un paciente.

Capacidad de respuesta

Dimensión que se relaciona con la capacidad de servir a los usuarios y proveerles un servicio rápido y oportuno, con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable.

Gráfico 10. Calidad Asistencial percibida por el Usuario Externo atendido en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013. Dimensión: Capacidad de respuesta



Fuente: Base de datos. Encuesta aplicada a usuarios externos del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013. (Aplicativo Excel)

La calidad asistencial percibida con respecto a la dimensión de capacidad de respuesta, fue insatisfactoria (87,7%). El usuario externo ha percibido que los tiempos de espera son prolongados; ha existido demoras en los procesos de “hospitalización”, “atención de exámenes de laboratorio”, “ de exámenes radiológicos, ecografías, tomografías, etc.” y “trámites de alta”, no cumpliendo con sus expectativas.

Los resultados coinciden con las conclusiones de la investigación que ha presentado Wong, García, Rodríguez (2003), donde se refirió que los principales problemas identificados por los usuarios, que ocasiona insatisfacción en la atención recibida son: falta de medicamentos, **tiempo de espera prolongados y corta duración de la consulta.** Los tiempos de espera prolongados, se suscitan en las largas colas para admisión, pagos (procesos de facturación), en la atención de consulta externa, en laboratorios y farmacia, en el tiempo que demoran en conseguir una cama, determinar el diagnóstico y tratamiento. las cuales evidencian el mal funcionamiento de un proceso de atención y pueden deteriorar las relaciones interpersonales entre los usuarios internos y externos. La rapidez con que lo atienden es un atributo altamente valorado, sino lo percibe se siente profundamente insatisfecho, un minuto en caso de emergencia puede ser un año, para ellos.

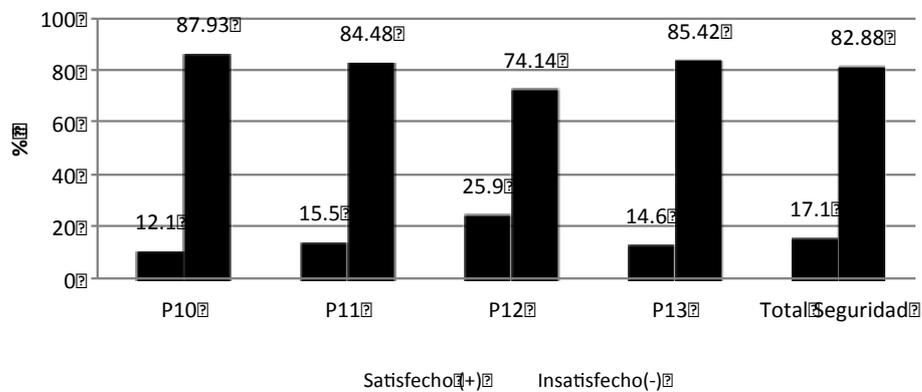
En esta dimensión se pone de manifiesto la falta de una estructura adecuada del sistema de salud, que puede estar dada por los procesos de descentralización y diversas reformas que se vienen implementando a medida que se aprueba, comunica y distribuye una nueva norma técnica, las que no han estado nunca acordes con la realidad de las regiones del Perú; si a esto adicionamos la disposición inadecuada del personal administrativo que atiende en admisión, caja,

etc., la situación se agrava. Es importante por ello impulsar cambios de actitud y presentar propuestas para reducir las demoras en la atención, un sistema informático de gestión podría ser la alternativa.

Seguridad

Esta dimensión evalúa la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrado conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza.

Gráfico 11. Calidad Asistencial Percibida por el Usuario Externo atendido en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013. Dimensión: Seguridad



Fuente: Base de datos. Encuesta aplicada a usuarios externos del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013. (Aplicativo Excel)

El gráfico 11, mostró que la calidad asistencial percibida por el usuario externo frente a la dimensión de seguridad, es insatisfactoria (82,8%).

Para el análisis de esta dimensión se ha considerado los ítems relacionados a “mostró interés en mejorar o solucionar el problema de salud”, “el servicio de nutrición del hospital entregó alimentos de

manera higiénica y adecuada”, “se mejoró el problema de salud” y “se ha respetado su privacidad”.

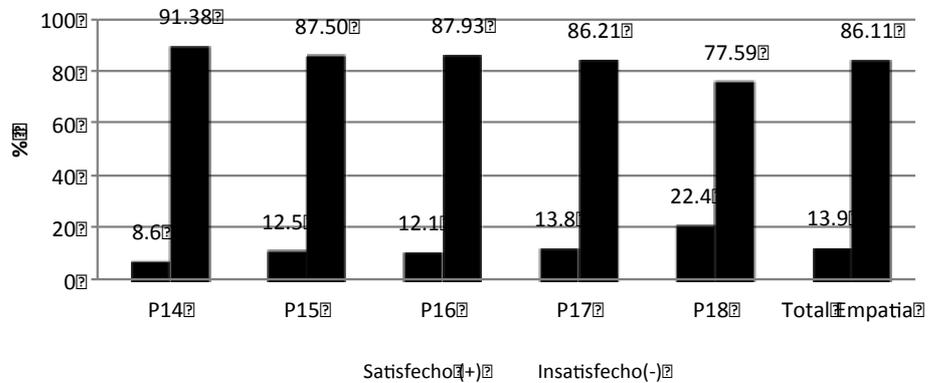
La solución del problema de salud, es la razón de ser del servicio hospitalario, si es insatisfactorio aumenta el riesgo de recaídas, reingresos al servicio de pacientes complicados y generan desconfianza en el sistema de salud en general, además estos pacientes re ingresantes están predispuestos negativamente por experiencias pasadas.

A la luz de los resultados del estudio y las conclusiones de otras investigaciones como el de Meléndez (2002), desarrollado en el Hospital de la Red Asistencial II Cajamarca – EsSALUD, concluyó que los pacientes se encuentran insatisfechos con la calidad de atención recibida por parte del personal de salud que labora en esta institución, podemos inferir que esta realidad es común en la gran mayoría de establecimientos del sector público, problema que se debe enfrentar y solucionar, debido a que pone en tela de juicio la competencia de los profesionales de salud.

Empatía

La dimensión de empatía, está relacionada con la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender y atender adecuadamente las necesidades del otro.

Gráfico 12. Calidad Asistencial percibida por el Usuario Externo atendido en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013. Dimensión: Empatía



Fuente: Base de datos. Encuesta aplicada a usuarios externos del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013. (Aplicativo Excel)

La gráfica 14, mostró que la calidad asistencial percibida por el usuario externo frente a la dimensión de empatía, es insatisfactoria (86,1%), debido a que en los ítems que evalúa si “el trato del profesional”, “el personal de admisión o alta”, “personal del área de nutrición que brindó la atención”, fue amable, respetuoso y con paciencia y si han mostrado interés por solucionar su problema de salud.

Han referido al respecto que el personal no les hace caso –no acude al llamado-, además no todos tratan con amabilidad; además de considerar que el tratamiento que han recibido no ha solucionado su problema en la gran mayoría de los casos; el trato del personal de salud debe ser con calidez y calidad. Esta dimensión referida por Parasuraman, se relaciona con la dimensión humana de Donabedian, quien refiere que los servicios de salud, deben ver al paciente como un todo; por esta razón los usuarios internos, ya sean médicos especialistas, obstetras, enfermeras, técnicos de enfermería, nutricinistas, etc., deben tratar al usuario externo con amabilidad y calidad, esto implica el solucionar el problema de salud, o sea satisfacer su necesidad de atención de salud. El profesional debe considerar que el no tratar con calidez origina despersonalización del usuario externo, sentimiento de no protección y abandono, debido a que “percibe una atención deshumanizada, esto se vincula directamente con el sentimiento de dolor, pena e indiferencia ante la situación que vive y que personalmente afecta aún más su malestar físico” (Pezoa, 2012, p. 12).

Estos hallazgos coinciden con los resultados del estudio de Castro et al. (2003), donde se pudo constatar que los pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina, Cirugía, Pediatría y Maternidad, se encuentran medianamente satisfechos con la atención recibida por el

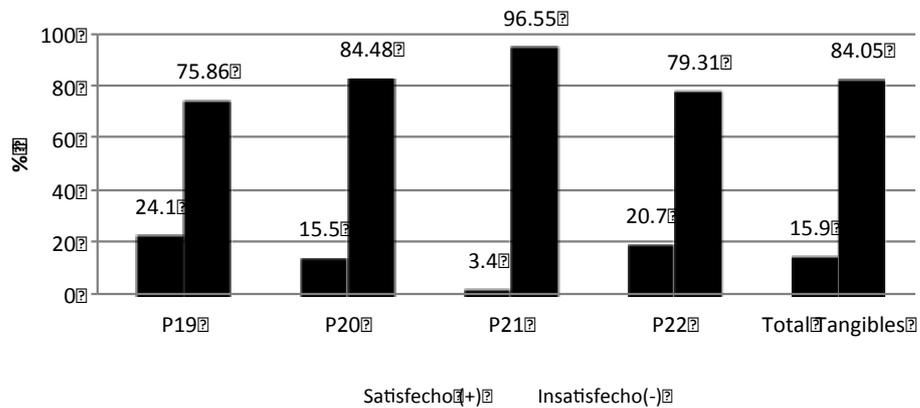
profesional de salud que labora en dicho nosocomio, debido a que la atención que se brinda al usuario no cumple con todos los estándares de calidad: **“los usuarios externos perciben un trato adecuado, con amabilidad, respeto y empatía”**.

El usuario internos debería analizar la posibilidad de comprometerse con las mujeres, hombres y familias de la región en circunstancias vulnerables, especialmente cuando buscan un servicio de salud, ya que implica la pérdida de la misma y la necesidad de atención, a veces inmediata. Según el estudio de satisfacción de Hamui, et al., (2013) cuando éstos se sienten atendidos, valorados, cuidados, tomados en cuenta responden con la misma calidez y satisfactoriamente, son más humanos (p.20).

Aspectos tangibles

Esta dimensión se relaciona con los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución. Están relacionados con las condiciones y apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad.

Gráfico 13. Calidad Asistencial percibida por el Usuario Externo atendido en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013. Dimensión: Aspectos Tangibles



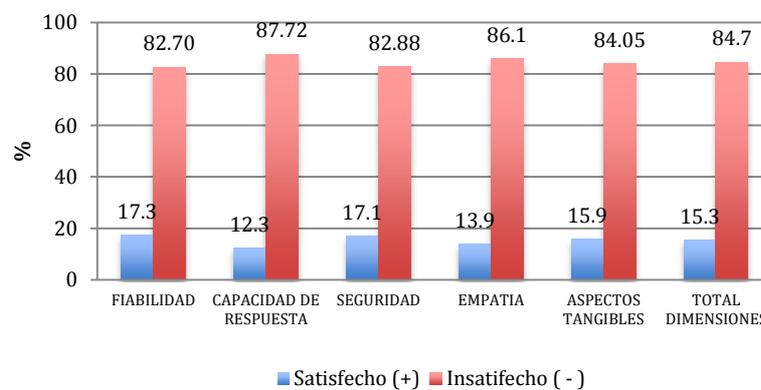
Fuente: Base de datos. Encuesta aplicada a usuarios externos del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013. (Aplicativo Excel)

La gráfica 15, mostró que la calidad asistencial percibida por el usuario externo frente a la dimensión de aspectos tangibles (hotelería), es insatisfactoria (84%), esto debido a que la percepción del paciente de los servicios fue que “no fueron cómodos”, “no estaban limpios”, “la ropa de cama, colchón y frazadas no son adecuados”, y “los

equipos no se encontraron disponibles; además, “no se contó con materiales, insumos en cantidad suficiente”.

Global dimensiones

Gráfico 14. Calidad Asistencial percibida por el Usuario Externo atendido en el Departamento de Gineco Obstetricia del H.R.C., 2013.



Fuente: Base de datos. Encuesta aplicada a usuarios externos del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013. (Aplicativo Excel)

Indicados en la gráfica del global de las dimensiones se ha evidenciado que la calidad asistencial percibida por el usuario externo con respecto a las dimensiones de fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles es no satisfactoria, ya que las expectativas superan la percepción del servicio recibido, tenemos que del 100% (58) encuestados el 84,7% (49) usuarios externos están insatisfechos con la atención que se brinda en el D.G-O.

Estas dimensiones se relacionan con las evaluadas por Cuevas (2004) en su investigación “Modelo para medir la calidad en los servicios brindados por los hospitales puertorriqueños”, donde concluyó que los pacientes miden la calidad en términos de los factores como respeto y cuidado, disponibilidad de servicios, atención al paciente, cuidados especiales, apariencia, eficacia y efectividad, servicios de comida, evidencia física y servicio a tiempo, por ello cuando las expectativas no se cumplen el resultado es la insatisfacción. Asimismo, Chávez (2002) realizó la evaluación de la calidad del servicio desde la perspectiva del usuario externo, donde aplicó la encuesta según el modelo SERVQUAL y concluyó que el 96% de los usuarios externos se encuentran insatisfechos con el servicio recibido, las dimensiones con los mayores niveles de insatisfacción fueron confiabilidad 89%, capacidad de respuesta 82%, empatía 34% de satisfacción; a su vez, Gómez (2003), en su estudio concluyó que el 91 % de los usuarios externos están insatisfechos, mostrando que la calidad de servicio es deficitario.

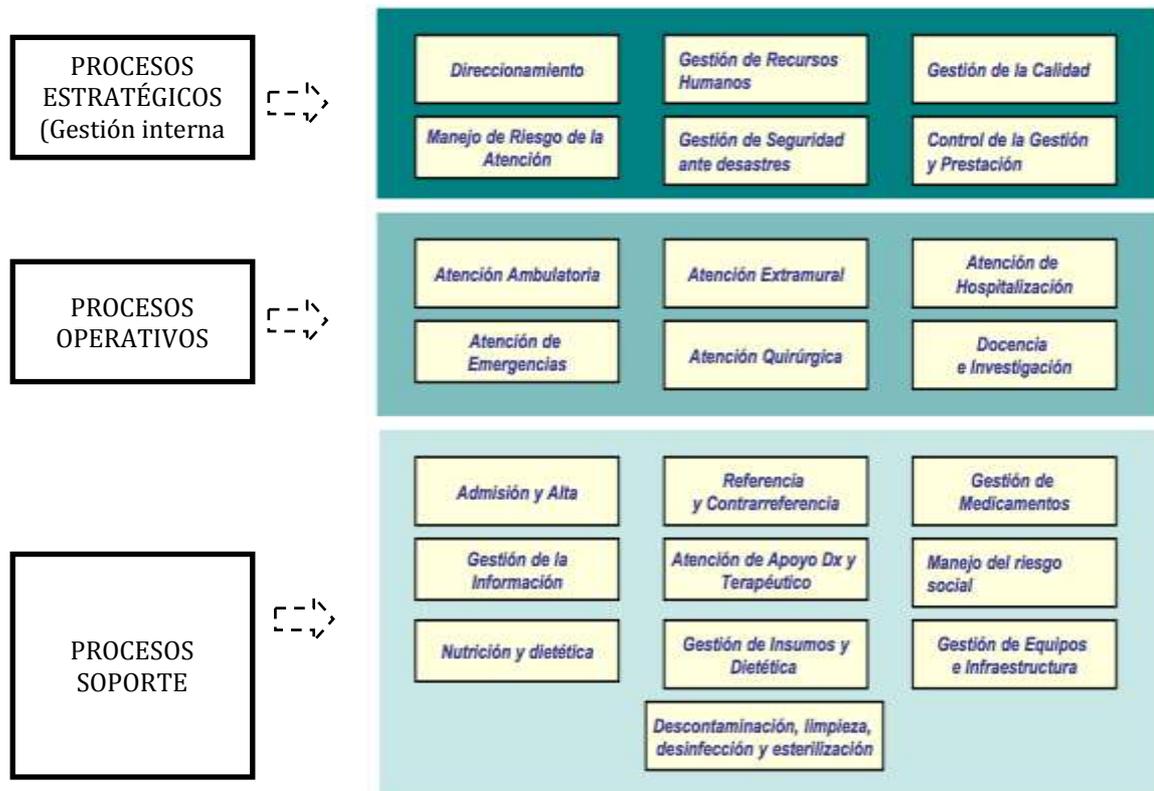
Donabedian (1989), consideró que los componentes interpersonal y de entorno determinan la calidad funcional, ambos expresan la interrelación entre los elementos humanos y físicos del hospital con sus pacientes, mientras que la dimensión técnica, basada en los elementos no interactivos, se corresponde con la calidad científico

técnica, ambos se relacionan; tal es así que, para determinar la calidad asistencial es necesario considerar las expectativas y necesidades de los tres grupos implicados en la asistencia, como son: **los profesionales que proporcionan la atención**, los que necesitan disponer de recursos para poder desempeñar sus funciones; **el usuario externo** que solicita la atención; y la **administración**, que es la encargada de proporcionar los recursos necesarios, y además promover el uso adecuado y eficiente de los mismos; cumplir con estos aspectos, conlleva a lograr la satisfacción del usuario externo y a la vez del profesional, el estudio concluyó que en el departamento de gineco obstetricia del H.R.C., no se están cumpliendo con las tres dimensiones de la calidad asistencial propuestas por Avedis Donabedian y que sustentan el marco conceptual del actual modelo de gestión.

4.3 Gestión por Procesos y calidad asistencial percibida por el Usuario Externo del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca

Avedis Donabedian introdujo el concepto de calidad en las Instituciones de Salud basado en los tres pilares fundamentales (Estructura, Procesos, y Resultados) (Borré, 2013, p. 18); la gestión por procesos implementada en el sistema de gestión de la calidad en salud actual en el Perú, basa su organización en tres “procesos”: **procesos estratégicos, procesos operativos y procesos de soporte**, los que a su vez están organizados por procesos, sub procesos, actividades y tareas, con la finalidad de cumplir con la entrega de un producto, en este caso el “servicio de salud”, en el estudio de investigación se determinó que los procesos de gestión que se están implementando en el Hospital Regional de Cajamarca, y en el D.G-O, son procesos insatisfactorios, mostrando un porcentaje de 44, valor que no logra superar el 60%(valor límite) de insatisfacción.

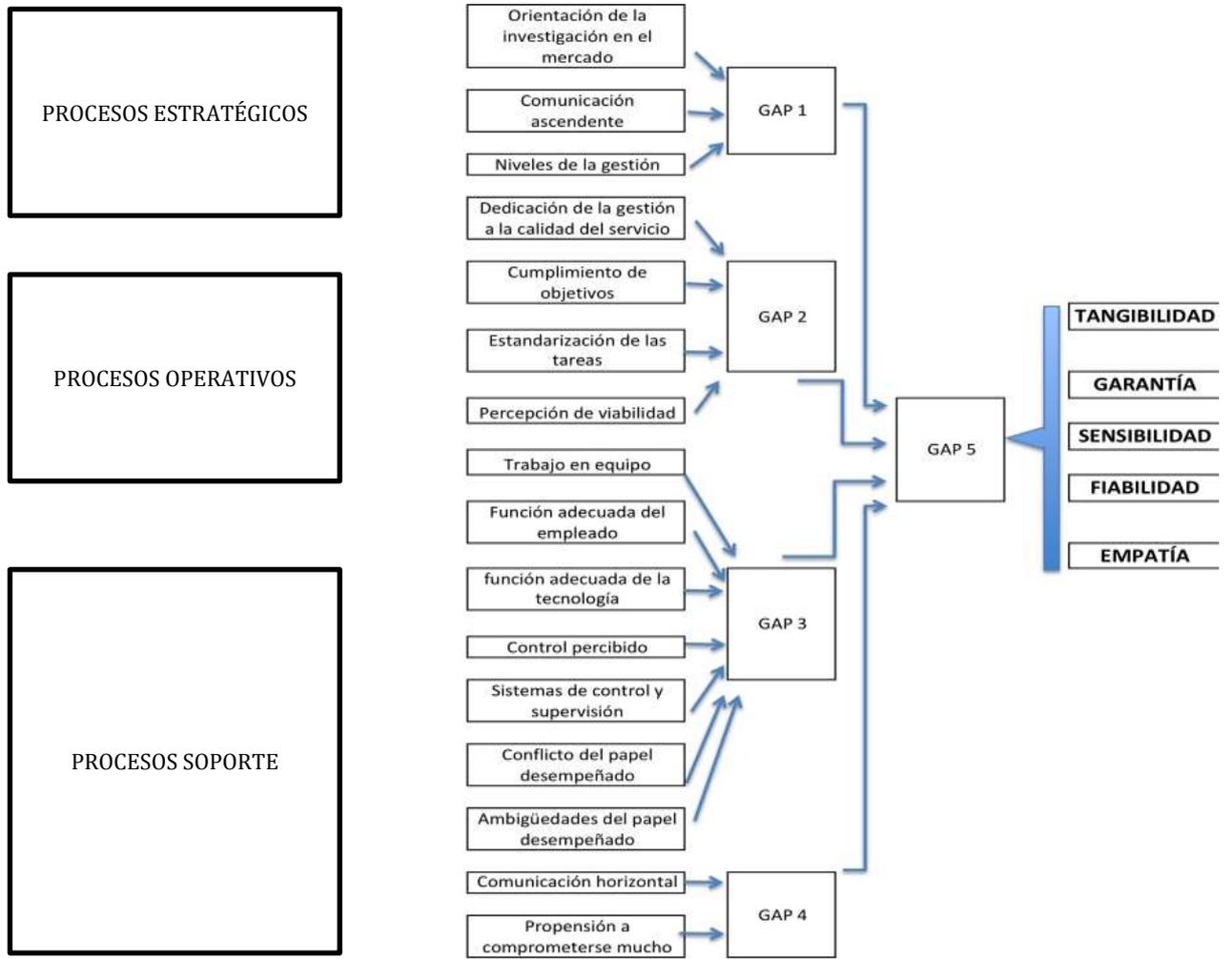
Figura 15. Gestión por Procesos



La propuesta de Parasuraman, Zeithnmal y Berry, adoptada por el estudio relaciona las dimensiones de la calidad asistencial con los procesos de gestión, para ello se basó en la identificación de los problemas que llevan a una organización a una situación de prestación de un servicio de no calidad, con el objeto de una vez conocidos los motivos del problema, encontrar soluciones y establecer programas de actuación. Desarrolló para ello el “Modelo de los cinco gaps”, que analiza los principales motivos de desajuste (gap) que originan un fallo en las políticas de calidad (Civera, 2008, p.18). En resumen, una serie

de deficiencias en la gestión es percibido por el usuario externo como no satisfactorio. Luego, de algunos años Parasuraman, Zeithmal y Berry en 1988, presentaron el “modelo ampliado de la calidad de servicio”, en el que identificaron distintos factores organizativos y sus relaciones con las deficiencias en la calidad del servicio. Las cuatro deficiencias organizacionales identificadas en la discrepancia/deficiencia entre expectativas y percepciones (deficiencia 5), evaluadas en las dimensiones de fiabilidad, seguridad, capacidad de respuesta, empatía y aspectos tangibles. Para mostrar esta relación, se ha elaborado el siguiente esquema, adaptado del modelo ampliado de la calidad de servicio de Parasuraman, Zeithmal y Berry.

Figura 16. Relación entre Gestión por Procesos y Calidad Asistencial



Fuente: Adaptado y relacionado al Modelo Ampliado de Parasuraman, Zeithmal y Berry (1989).

Correlación

Las hipótesis planteadas hacen referencia a la relación existente entre la gestión de Procesos estratégicos, de soporte y operativos con la calidad asistencial percibida por el usuario externo del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca. Al relacionar el marco teórico conceptual de ambas variables, tenemos:

Tabla 9. Gestión por procesos y calidad asistencial percibida por el usuario externo del D.G-O del H.R.C., 2013.

GESTIÓN POR PROCESOS	PROCESOS NO SATISFACTORIOS		PERCEPCIÓN NO SATISFACTORIA		DIMENSIONES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL
	N	%	N	%	
PROCESOS ESTRATÉGICOS	381	42,4% (< 60%)	239	82.70%	FIABILIDAD
Relacionados con la dirección, política, normatividad, organización, estrategias, clima organizacional, planes que consiguen armonizar los procesos operativos			184	82.80%	SEGURIDAD
PROCESOS OPERATIVOS	176	48 % (< 60%)	200	87.70%	CAPACIDAD RESPUESTA
Implicados directamente con la prestación del servicio			248	86.10%	EMPATÍA
PROCESOS DE SOPORTE	115	44 % (< 60%)	195	84.70%	ASPECTOS TANGIBLES
Procesos que dan apoyo a los procesos operativos aportándoles recursos necesario					

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 9, se pudo observar que existe relación conceptual entre procesos de gestión estratégicos, de soporte y operativos con la calidad asistencial percibida por el usuario del D.G-O, ya que si los procesos de gestión no se desarrollan

satisfactoriamente la percepción del usuario de la calidad asistencial es no satisfactoria (84,7%).

Relacionando cada proceso analizado en el estudio se tiene:

1. Al valorar los procesos estratégicos, relacionados con la dirección, organización, política, normatividad, estrategia, planes, etc., que consiguen armonizar y orientar los procesos operativos, se tiene que los procesos son no satisfactorios, lo que indica que la implementación de los procesos no es eficiente; esto influye en la calidad asistencial percibida por el usuario externo, la cual ha sido valorada en la dimensión de fiabilidad, ya que si el profesional no encuentra un clima organizacional cálido, amable, seguro, con lineamientos, políticas que orienten su accionar, la disposición del profesional para brindar un buen servicio, que satisfaga las necesidades y expectativas del usuario, no va a ser la adecuada por ello tenemos que el usuario se siente no satisfecho (82,7%); asimismo, sucede con la dimensión de seguridad, ya que una institución desorganizada, sin orientación y dirección no genera confianza, ni credibilidad, por ello el usuario está no satisfecho (82,8%).
2. Los procesos operativos, son los implicados directamente con la atención y/o prestación del servicio de salud (clínica-asistencial), para que esta sea adecuada hay que considerar las áreas de consulta externa (atención ambulatoria), de emergencia, hospitalización (quirúrgicas); el uso de protocolos de atención y el trabajo en equipo. En el estudio se evidencia

que estos procesos no se realizan eficientemente (48%), lo que indica que los procesos son no satisfactorios, ya que no supera el estándar. Estos procesos se relacionan directamente con las dimensiones de la capacidad de respuesta (87.7%) y empatía (86,1%), percibidos como no satisfactorios por el usuario externo.

3. Los procesos de soporte, se relacionan con todas las áreas que permiten y/o coadyuban a brindar una prestación de salud, sin ellas los procesos operativos no se podrían desarrollar. Se pueden mencionar admisión y alta, gestión de medicamentos, nutrición y dietética, áreas de descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización. Tenemos que los procesos en este rubro son no satisfactorios, con un rendimiento de 44% y se relaciona con la percepción de no satisfactoria en la dimensión de aspectos tangibles (84,7%), que evalúa aspectos: limpieza de ambientes, alimentos bien preparados, higiénicos y a temperatura aceptable; insumos, equipos y materiales suficientes y oportunos para la atención de la demanda.

Correlación de Pearson y Rho-Spearman

Para analizar la relación existente entre las dos variables de estudio “calidad asistencial percibida” “gestión por procesos estratégicos, de soporte y operativo”, se ha aplicado el software SPSS Statistics, haciendo uso de pruebas paramétricas y no paramétricas

Tabla 10. Correlación de Pearson y Spearman entre Gestión por procesos y calidad asistencial percibida por el usuario externo del D.G-O del H.R.C., 2013

GESTIÓN POR PROCESOS	NIVEL DE SATISFACCION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA				CORRELACION				DECISIÓN
	SATISFECHO		NO SATISFECHO		Pearson		Rho-Spearman		
	N	%	N	%	r	p-value	ρ (rho)	p-value	
PROCESOS ESTRATÉGICOS									
Relacionados con la dirección, política, normatividad, organización, estrategias, clima organizacional, planes que consiguen armonizar los procesos operativos	88	17.2	423	82.8	0.930	5.5×10^{-26}	0.870	7.5×10^{-19}	Correlación significativa al nivel 0.01 (Bilateral)
PROCESOS OPERATIVOS									
Implicados directamente con la prestación del servicio	68	13.2	448	86.8	0.932	2.0×10^{-26}	0.908	5.7×10^{-26}	Correlación significativa al nivel 0.01 (Bilateral)
PROCESOS DE SOPORTE									
Procesos que dan apoyo a los procesos operativos aportándoles recursos necesario	37	15.9	195	84.1	0.393	0.0023	0.196	0.0036	Correlación significativa al nivel 0.01 (Bilateral)
TOTALES	193	15.3	1066	84.7					

Fuente: Resultados estadísticos, elaboración propia.

En la tabla 10, podemos observar claramente que al realizar la correlación de Pearson, se demostró que existe correlación positiva altamente significativa entre las variables “calidad asistencial percibida” y los “procesos estratégicos de gestión” ($p=5.5 \times 10^{-26}$), con un índice de 0.930; asimismo, existió correlación

positiva altamente significativa con la variable “procesos de gestión operativos” ($p=2.0 \times 10^{-26}$), con un índice de 0.932.

Con respecto a las variables “calidad asistencial percibida” y “procesos de gestión de soporte”, tenemos una correlación positiva significativa ($p=0.0023$), con un índice de 0.393.

Los procesos de gestión estratégicos, de soporte y operativos se relacionan con calidad asistencial percibida por el usuario externo, por ende se concluyó que a mejor implementación de procesos de gestión, mejora la calidad asistencial percibida por el usuario externo y el nivel de satisfacción es satisfactorio. El 84,7% de usuarios externos están no satisfechos con la Gestión por Procesos implementada en el D.G-O del Hospital Regional de Cajamarca; es común encontrar tanto en profesionales médicos, obstetras, enfermeras y técnicos de enfermería un clima laboral conflictivo; existe inadecuada entrega y recepción de turno; la forma no individualizada y continua de brindar el cuidado; la escasa atención y orientación a los usuarios externos con relación a sus necesidades de salud, la carencia de información al usuario externo (paciente, acompañante, familiares) sobre los procedimientos a realizar; el aumento en las tasas de eventos adversos aludidos a profesionales de salud; la falta de comunicación entre el equipo interdisciplinario de gestión; la falta de profesionalismo en el desempeño laboral, la presencia de infiltraciones venosas, el mal manejo de la atención de las emergencias obstétricas y neonatales; el no respeto a las autoridades, y más aún;

existe la probabilidad de que el paciente no llegue a conocer el servicio en el que se encuentra hospitalizado, ni reconocer al personal que lo atiende, porque ni siquiera se presentan; dejando como consecuencia la no satisfacción y desconcierto en el paciente, que es quien percibe la calidad de la atención, evaluándola de acuerdo a las expectativas que tenía de ello, y que posteriormente se verá reflejado al quejarse de la atención y no recomendar a la institución, insatisfacción.

Si bien, la hotelería, infraestructura y la tecnología son procesos importantes para el diagnóstico y tratamiento apropiado, en términos de satisfacción del usuario externo la correlación ha demostrado que es más importante contar con información, atención médica de calidad, contención, empatía y seguridad, para determinar la calidad del servicio.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Los procesos de gestión y la calidad asistencial percibida por el usuario externo del Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, guardan relación estadística altamente significativa, evidenciándose en un 84.67% de usuarios externos no satisfechos.
2. Los usuarios internos del Departamento de Gineco Obstetricia, han referido que los procesos estratégicos de gestión interna y externa, no son satisfactorios, teniendo una valoración positiva (42,4%) que no supera el estándar >60%.
3. Los usuarios internos del Departamento de Gineco Obstetricia, han referido que los procesos de soporte no son satisfactorios, teniendo una valoración positiva (44%) no ha superado el estándar >60%.
4. Los usuarios internos del Departamento de Gineco Obstetricia, han referido que los procesos operativos, no son satisfactorios, teniendo una valoración positiva (48%) no ha superado el estándar >60%.
5. La calidad asistencial percibida por los usuarios externos en el Departamento de Gineco Obstetricia, es no satisfactoria (84.67%).
6. Referente a las características de los profesionales del Departamento de Gineco Obstetricia se observó que: la edad fluctuó entre 38 a 47 años (45.5%), para el caso de los varones y de 48 años a más (44.4%) en las mujeres, predominando las mujeres (62%); con respecto al tiempo de

servicio el 48% laboran en la institución más de 12 años, y el 31% de 0 a 3 años.

7. El usuario interno conoce la gestión por procesos (93,1%) y no está motivado con el trabajo que realiza (51,7%).
8. La gestión por procesos, aporta una serie de insumos que inciden directamente sobre la calidad asistencial, de esta manera, para la administración del servicio de salud, el tener equipos de salud que mantengan rendimientos muy buenos y excelentes en los servicios, influirá directamente con el mejoramiento de la calidad de atención.
9. Referente a las características del usuario externo se observó que: en relación al grado de instrucción, el 55,1% tienen secundaria; el 32,8% primaria; y, el 12% superior. Presentando el 55% seguro integral de salud; el 32,75% ningún tipo de seguro; y, el 12,06% otro seguro (Essalud y/o privado).
10. La calidad asistencial percibida por el usuario externo es no satisfactoria en relación a la dimensión de capacidad de respuesta (87,7%); dimensión de empatía (86,1%); aspectos tangibles (84,5%); seguridad (82,8%); y, fiabilidad (82,7).

5.2 Recomendaciones

Al Gobierno Regional Cajamarca, por su responsabilidad administrativa, funcional y presupuestal, considerar los resultados del presente estudio de investigación e implementar un plan de acción de mejora de la calidad con carácter de urgencia.

A la Dirección Regional de Salud Cajamarca, por ser el ente rector del sistema de salud a nivel regional, evaluar la normatividad vigente y su implementación a fin de generar propuestas de mejora al Ministerio de Salud acordes a la realidad de Cajamarca.

Al Director del Hospital Regional de Cajamarca, visto que existe una serie de deficiencias en la gestión del Departamento de Gineco Obstetricia, se recomienda:

1. Planificar, organizar, ejecutar, dirigir y controlar la gestión hospitalaria en su institución, a fin de mejorar procesos y la calidad asistencial percibida por el usuario externo.
2. La implementación de una propuesta de Mejora de la Calidad, por una parte, subsane los problemas de gestión externa del H.R.C. e interna del D.G-O, optimice la oferta y mejore el impacto de este departamento sobre el Hospital Regional de Cajamarca, y la calidad de la atención que se brinda al usuario externo.

3. Aplicar de manera continua la “Encuesta de satisfacción del usuario externo” y evaluar periódicamente los procesos de gestión implementados a fin mantener la visión de mejoramiento continuo del departamento de Gineco Obstetricia.
4. Realizar un análisis general de la Gestión en otros departamentos a fin de identificar y cruzar información para implementar acciones inmediatas de mejora de la calidad, a fin de cumplir con la misión del H.R.C.

Al usuario interno del Hospital Regional de Cajamarca, asumir su responsabilidad y reconocer la importancia de su labor en la mejora de la situación de salud del usuario externo.

Al Jefe de Departamento de Gineco Obstetricia implementar un plan de Gestión del Recurso Humano para mejorar el clima laboral de su departamento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, Z. (2007). *Percepción de la calidad de los servicios de hospitalización de medicina, cirugía y gineco obstetricia a través de la evaluación de la satisfacción del usuario externo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza de Lima, 2004-2007.*
- Artaza, O. (2010). *Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios.* Gobierno de Chile.
- Borré, Y. (2013). *Calidad Percibida de la Atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia. Recuperado del sitio de Internet BDIGITAL: <http://www.bdigital.unal.edu.co/10553/1/539597.2013.pdf>
- Castro, R., & Bronfman, M. (1999). *Problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud.* En: Castro, R., Bronfman, M. (comp..) *Cambio Social, Salud y Política.* México.
- Centro de Desarrollo Industrial. (2010). *Reconocimiento a la Gestión de Proyectos de Mejora,* Lima, Perú Pág. 9 -14.
- Civera, M. (2008). *Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del Modelo de Gestión establecido.* (Tesis doctoral). Universitat Jaume, Castellón de la Plana.
- Curso de Especialización Profesional de Post Grado CELA (2008) Curso: *Gestión de la Calidad en Salud. Modulo II Proyectos de Mejora Continua.*

- Curso (2009) *Gestión de Riesgos y Mejora de la Seguridad del Paciente*. Edición 2009.
- De Souza, C. y Cruz N. (1999). *Triangulación de métodos en la evaluación de programas y servicios de salud*. En: Castro, R., Bronfman, M. (comp.) Cambio Social, Salud y Política. México.
- Díaz, R. et al. (2009). *Calidad en el Servicio. Manual de Calidad Asistencial*. SESCOAM, Castilla la Mancha.
- Donabedian, A., & Zurita, B. (1989). *Calidad Asistencial*. Revista Jano. 1989; 34:27 35–42
- Donabedian, A. (1987). *La Dimensión Internacional de la Evaluación Y Garantía de la Calidad Salud Pública*; México. Pág. 409 – 412.
- Donabedian, A. (1984). *The definición of cuality and Approachesto its Assesment*. Ann Arbor, Mich: Regento theUniversity of Michigan ,1980 La Calidad de Atención medica México .La prensa médica Mexicana.
- Dusek, M. (2005). *Determinación de las percepciones de la usuaria sobre los factores que intervienen en la comunicación con el médico durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa del Ministerio de Salud*. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Chilón, E. (2009). *Calidad de Atención en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Cajamarca, Enero 2009*. (Tesis maestría). Universidad Nacional de Cajamarca.
- Evans, J., & Lindssay, W. (2008). *Administración y Control de la Calidad*. 7ta Edición. México Pág. 237-269

- Frietzen, S. (1987). *La Ventana de Johari*. Editorial Sal T rrea Summers,
- Gonzáles, V. Piero J.M. y Prieto, F. (1992). *Un análisis de la participación en el trabajo de los círculos de calidad*. Revista del Trabajo y de las Organizaciones. España. Pág.189-197
- Hamui, L., Fuentes, R., Aguirre, R. & Ramírez, O. (2013). *Un estudio de satisfacción con la atención médica*. Universidad Autónoma de México. México.
- Hermida, J. (2007). *Colaborativos de Mejoramiento: Un Enfoque para el Mejoramiento Continuo de los procesos y la Diseminación de las Mejores Prácticas*, Proyecto Q.A.P.
- Hernández, R. et al. (1998). *Metodología de la Investigación*. Segunda edición-- Colombia: Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A.
- Herrera, J.V. (2004) *Trabajando por los Procesos: Guía para la gestión por Procesos*. Junta de Castilla y León – Dirección General de Atención al Ciudadano y Modernización Administrativa.
- Juran, J. (2001). *Manual de Control de la Calidad*, Mc Graw Hill, España.
- Kelly, M. (1994) *Manual de Solución de Problemas*. Panorama Editorial México.
- Kume, H. (1992). *Herramientas Estadísticas Básicas para el Mejoramiento de la Calidad*. Grupo Editorial Norma, Colombia.
- Langer, A. y G. Nigenda. (2000). *Salud Sexual y Reproductiva. Reforma del Sector Salud en América Latina y El Caribe. Desafíos y oportunidades*. Primera edición, 2000. Population Council/Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

- Losada, O. y Rodríguez, O. (2007) Calidad del Servicio de Salud: Una revisión a la literatura desde la Perspectiva del Marketing. Disponible en :[http://cuadernosadministracion.javeriana.edu.co/pdfs/1 O 34 calidad servicio salud.pdf](http://cuadernosadministracion.javeriana.edu.co/pdfs/1_O_34_calidad_servicio_salud.pdf)
- Ministerio de Salud – Proyecto 2000. (2000) *Investigación: Calidad del Servicio de Salud desde la percepción de la usuaria.* – Perú.
- Nizama, M. (2002). *Humanismo Médico.* Rev. Soc. Perú. Med. Interna. 15 (1). Recuperado de:
sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v15n1/humanis_medico.htm.
- Moliner, B. (2008). *La formación de la satisfacción/insatisfacción del consumidor y del comportamiento de queja: aplicación al ámbito de los restaurantes.* Innovar, Revista de Ciencias Administrativas y Sociales, 2008; 18(31): 29-43.
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (1995). *Marco de Referencia, componentes y estrategias para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva, con enfoque de género.* Reunión Regional Género y Calidad de Atención en los Servicios de Salud Reproductiva. Primera edición, 1995. San Salvador.
- Ortega, B. (1994). *La Calidad de los Servicios Sanitarios,* Barcelona.
- Paneque, P. (2002). *Gestión por Procesos en el Sistema Público Sanitario de Andalucía.* Ed. Huerca-Overa. Junta de Andalucía. Consejo de Salud. 26 de febrero 2002.

- Pezoa, M. (2012). *¿Qué elementos de la atención de salud son, desde la perspectiva de la usuaria los que más contribuyen a que se sienta satisfecho?.* Gobierno de Chile. Santiago de Chile.
- Ramírez, T. (1998). *Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud.* México.
- Rodríguez, A. (2002). *Calidad en los Servicios de Salud en Colombia desde la Perspectiva del Consumidor: Propuesta de Construcción de una Escala de Medida:* http://editorial.unab.edu.co/revistas/rcmarketing/pdfsIr11_art3_c.pdf.
- Saboya, I. (2005). *Gestión de servicio hospitalarios públicos: Estudio comparativo entre hospitales de la región noereste de Brasil y Cataluña.* Barcelona.
- Sainz, A.; Martínez, J.R.; Alonso, M. et al. (2002). *Calidad percibida por los pacientes quirúrgicos en un hospital de alta complejidad.* Revista Calidad Asistencial 2002; 17(5):284-291.
- Schiavone, M. (2003). *Gestión en tiempos de crisis,* Editorial Rev. de la Soc. Arg. de Adm. de Organizaciones de atención de salud.
- Universidad Peruana Cayetano Heredia. (2000). *Módulo Mejora de Proceso y Calidad de los Servicios de Salud. Sede Cajamarca,* Junio . Lima, Perú
- Varo, J. (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los Servicios Sanitarios.* Un modelo de gestión hospitalaria, Ed. Díaz de Santos, S. A.

- Villegas, M., & Rosa, M. (2010). *La calidad Asistencial: concepto y Medida*. Departamento de Administración de Empresas y Marketing. Universidad de Sevilla. España.
- Villoria, C., & Gonzalo, C. (2008). *Gestión por Procesos: Proyecto Estratégico de transformación 2008*. Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud mental joségermain. Ed. Comunidad Madrid. España.
- Villaran, F. & Palacios, J. (2005). *Desarrollo Social*. Confederación Nacional de Instituciones Empresariales Privadas.
- Walton, M. (2004). *El método Deming en la práctica*. 1º ed. Editorial Norma, p.

NORMATIVIDAD

Ministerio de Salud (1990). Directiva Sanitaria N° 005-1990-SA Reglamento General de Hospitales

Ministerio de Salud (2000). PAAG-SBPT-AC Lineamientos Técnicos Referenciales para la Medición de la Calidad en el 1° Nivel de Atención desde la Demanda.

Ministerio de Salud (2002). Documento: Encuestas de Satisfacción de Usuarios Externos de Servicios de Salud, Dirección General de Salud de las Personas, Dirección de Calidad en Salud, Perú.

Ministerio de Salud (2005). Resolución Ministerial N° 482-96-SAI Infraestructura Hospitalaria

Ministerio de Salud (2006). Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" Perú.

Ministerio de Salud (2006). Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA-DGSP, que resuelve Aprobar el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad"

Ministerio de Salud (2007). Documento Técnico: "Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales, Perú.

Ministerio de Salud (2011). Resolución Ministerial N° 527-2012/MINSA-DGSP, que resuelve Aprobar la "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

Ministerio de Salud (2012). Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA-DGSP, que resuelve Aprobar la Guía Técnica: Guía para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.

GLOSARIO

Gestión de la Calidad.- Es el componente de la gestión institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad, y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

Mejoramiento Continuo de la Calidad.- Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de la calidad. con el fin de cerrar las brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a construir una organización de excelencia.

Proceso.- Es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.

Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.- Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del Sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local, en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.

ANEXOS

ANEXO 1. Encuesta a Profesional de Salud

Encuesta a Profesional de Salud adscrito al Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca.

ESTUDIO SOBRE LA GESTIÓN POR PROCESOS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD ASISTENCIAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO EXTERNO DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA, 2013

PRESENTACIÓN

Buen día, estamos haciendo unas preguntas para saber qué opinión le merece a usted la Gestión Hospitalaria tanto a nivel de externa como interna del Departamento de Gineco Obstetricia. Es muy importante que usted responda sin temor y con la verdad, tal y cómo observa la realidad. Gracias

OBJETIVO

Evaluar la Gestión Hospitalaria implementada en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca.

A) DATOS GENERALES DEL INFORMANTE. Marque con X

A1. Sexo: F M

A2. Edad: _____ años.

A3. Tiempo laborado en la institución: _____ años.

A4. Profesión: _____.

B) ANTECEDENTES

Por favor, lea con atención las preguntas y conteste.

B1. ¿Qué es un proceso de gestión?

B2. ¿Qué es para usted trabajar en equipo?

B3. ¿Está usted motivado(a) con su trabajo? Por favor comente.

C) PROCESO DE GESTIÓN / ESTRATÉGICOS

Marque con X en la casilla correspondiente (Sí, No, No Sabe / No Responde).

	C1. Procesos de gestión externa	Sí	No	NS/NR
C1.1	¿Contrata la Administración del Hospital Regional de Cajamarca, en los tiempos previstos, el personal que se necesita en el Departamento de Gineco Obstetricia? (Profesionales especialistas, Jefes de departamento, asistentes, etc.)			
C1.2	¿Se incentiva o estimula (o existe algún tipo de reconocimiento) al profesional que se desempeña sobresalientemente (cumple con sus funciones adicionando un valor agregado), en el Departamento de Gineco Obstetricia?			
C1.3	¿Se realizan eventos de formación académica para fortalecer las capacidades del profesional del Departamento de Gineco Obstetricia?			
C1.4	¿Las reuniones y/o cambios (rotación de personal, cronogramas, horarios) se planifican e informan de manera oportuna?			
C1.5	¿Se renueva el material, instrumental y equipos del Departamento de gineco obstetricia, cada vez que se requiera?			
C1.6	¿Asigna la Administración el presupuesto programado en el Plan Operativo Anual, al Departamento de Gineco Obstetricia?			
C1.7	¿Cuenta la Administración con mecanismos para supervisar y evaluar el estado y desarrollo del Departamento de Gineco Obstetricia?			
C1.7.1	¿Según su opinión estos mecanismos están dando resultados positivos?			
C1.8	¿Se cuenta con insumos necesarios para brindar una atención de salud eficiente, en el Departamento de Gineco Obstetricia?			
C1.9	¿Se cuenta con un mecanismo de registro actualizado y amigable para ser usado por el profesional?			
C1.10	¿La organización dentro del Departamento de Gineco Obstetricia, promueve un buen clima de trabajo?			

	C2. Procesos de gestión interna	Sí	No	NS/NR
C2.1	¿Dentro del Servicio de Gineco Obstetricia, los criterios usados para seleccionar al Jefe de departamento son socializados previamente, y democráticos?			
C2.2	¿En las reuniones para determinar horarios y cronograma de trabajo asisten todos los profesionales que laboran en el Departamento de Gineco Obstetricia?			
C2.3	¿Se delegan tareas y responsabilidades, con documento de asignación a cada uno de los profesionales del Departamento de Gineco Obstetricia?			
C 2.3.1	¿Usted cree, que el mecanismo para asignar funciones es el adecuado?			
C2.4	¿Se cuenta con un Plan de Fortalecimiento de Capacidades aprobado por dirección, en el Departamento de Gineco Obstetricia?			
C 2.4.1	¿El Plan de Fortalecimiento de Capacidades, cuenta con presupuesto asignado por el área de administración del Hospital Regional de Cajamarca?			
C2.5	¿Se cuenta con un cronograma de vacaciones, que sea del conocimiento de los y las profesionales del Departamento de Gineco Obstetricia?			

C2.6	¿La jefatura de departamento, cuenta con mecanismos e instrumentos, para supervisar y evaluar el rendimiento de cada profesional de salud que labora en el Departamento de Gineco Obstetricia?			
C2.7	¿La jefatura de departamento, cuenta con mecanismos para supervisar el cuidado de los instrumentos, equipos y materiales del Departamento de Gineco Obstetricia?			

	C3. ¿La.....Sigue, los procesos descritos en la gestión hospitalaria?	Sí	No	NS/NR
C3.1	Contratación del personal administrativo para el Departamento de Gineco Obstetricia			
C3.2	Participación del personal Departamento de Gineco Obstetricia en actividades del Hospital Regional de Cajamarca			
C3.3	Participación del personal del D. de Gineco Obstetricia, en Comités Regionales de Análisis de Muerte Materna.			
C3.4	Renovación del material, instrumental y equipos para el departamento de Gineco Obstetricia			
C3.5	Supervisión y evaluación del departamento de Gineco Obstetricia			
C3.6	Selección de oportuna y democrática del Jefe de Departamento del Departamento de Gineco Obstetricia			
C3.7	Asignación de puestos en el servicio de Gineco Obstetricia			
C3.8	Selección de las actividades a realizar en el servicio de Gineco Obstetricia			
C3.9	Asignación de tareas y responsabilidades			
C3.10	Elaboración del cronograma de reuniones de gestión			
C3.11	Elaboración del cronograma de capacitación para los profesionales del servicio de Gineco Obstetricia			
C3.12	Supervisión y evaluación de los profesionales que laboran en el servicio de Gineco Obstetricia			
C3.13	Supervisión y evaluación del estado de materiales, instrumentos y equipos para el servicio de Gineco Obstetricia			

D1. PROCESO DE SOPORTE.

	Actividad	Sí	No	NS/NR
D1.1	Los requerimientos de insumos, equipos y materiales son atendidos a tiempo			
D1.2	La Nutricionista, cumple con las dietas solicitadas para los pacientes			
D1.3	Camas, ambientes y baños están aseados y en buen estado			
D1.4	Se hace entrega de los medicamentos solicitados para atención del paciente			
D1.5	La Oficina de Personal, controla la asistencia del profesional del servicio de gineco obstetricia			
D1.6	Las normas de bioseguridad, se cumplen en la atención asistencial			
D1.7	Los trámites de documentos y/o otros son atendidos en momento oportuno			
D1.8	Los instrumentos, equipos necesarios para Centro Obstétrico están acordes a la normativa vigente y a tiempo (esterilización)			
D1.9	Se cuenta con los Recursos Humanos suficientes para brindar una adecuada atención			

E) PROCESOS OPERATIVOS

Por favor, responda los siguientes aspectos de acuerdo a los criterios de valoración. Marque con X solo una opción.

E2. Procesos Operativos, en la gestión del Servicio de Gineco Obstetricia, del Hospital Regional de Cajamarca.				
	Aspectos	Sí	No	NS/NR
E1.1	Se realiza la atención de salud en equipo			
E1.2	Cada miembro del equipo de atención del servicio conoce sus responsabilidades y como actuar			
E1.3	Se cumple con los protocolos de atención			
E1.4	Las emergencias se pueden atender en equipo con buenos resultados			
E1.5	La motivación, para acudir a capacitaciones y/o actividades del H.R.C. Es buena			
E1.6	Ejerce en su trabajo actitudes de liderazgo			
E1.7	Se valoran la destreza en la atención, conocimientos y experiencia del profesional			
E1.8	Conoce la normatividad vigente de Salud Sexual y Reproductiva			
E1.9	Las emergencias que se presentan, significan nuevos retos de superación profesional			
E1.10	Participa regularmente en actividades que ayudan a fortalecer el servicio de gineco obstetricia			
E1.11	Conoce usted, ¿cuántas gestantes y recién nacidos ingresan al servicio mensualmente?			
E1.12	Conoce el procesos de atención de las Claves de Atención de EMO			
E1.13	La permanencia del personal en el servicio de gineco obstetricia es buena			

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO 2. Encuesta al Usuario Externo

Encuesta para el usuario externo atendido en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca

ESTUDIO SOBRE LA GESTIÓN POR PROCESOS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD ASISTENCIAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO EXTERNO DEL DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA, 2013

(Adaptada de la Encuesta SERVQUAL para evaluar la satisfacción de los usuarios externos atendidos en Establecimientos de Salud de Nivel I-4, II y III RM. 527-2011-MINSA, utilizada por la Dirección Regional de Salud)

PRESENTACIÓN

Estamos haciendo unas preguntas para conocer qué opina usted sobre la atención que ha recibido durante el parto y puerperio. Es muy importante que responda sin temor y con la verdad, tal y cómo usted se ha sentido durante el tiempo que recibió atención ya sea en consulta externa, emergencia y/o hospitalización. Nadie sabrá lo que usted nos cuente (**la encuesta es anónima**), y sus respuestas, junto a las de otras mujeres, servirán para mejorar la atención brindada. Puede optar por no responder a este cuestionario si así lo desea. Gracias

OBJETIVO

Evaluar la satisfacción del usuario externo (paciente, familiar y/o acompañante) frente al servicio de atención recibido durante su estadía en el Departamento de Gineco Obstetricia.

A. DATOS GENERALES

- A.1 Condición del encuestado: Usuario (a) Acompañante :
Padre () Madre () Otro ()
A.2 Localidad donde vive: _____
A.3 Edad: _____ A.4 Grado de Instrucción: _____
A.5 ¿Tiene Seguro Integral de Salud? NO () SI () Cuál: _____

B. EXPECTATIVAS

En primer lugar, usted debe calificar las Expectativas, esto se refieren a la **IMPORTANCIA** que usted le otorga a la atención que espera recibir en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca. Utilice una escala numérica del 1 al 7. **Considere usted 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.**

N	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
1	E Que todos los días reciba una visita médica							
2	E Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindaran							
3	E Que usted comprenda la explicación que los médicos le brindaran sobre los medicamentos que recibirá durante su estadía: beneficios y efectos adversos.							
4	E Qué usted comprenda la explicación que los médicos le brindaran sobre los resultados de							

		análisis de laboratorio								
5	E	Que al alta, usted comprenda la explicación que los médicos le brindarán sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa.								
6	E	Qué los trámites para su hospitalización sean rápidos								
7	E	Qué los análisis de laboratorio solicitados por los médicos se realicen rápido								
8	E	Qué los exámenes radiológicos (rayos x, ecografías, tomografías, otros) sean rápidos								
9	E	Que los trámites para el alta sean rápidos								
10	E	Que los médicos muestren interés para mejorar o solucionar su problema de salud								
11	E	Que los alimentos se entreguen a temperatura adecuada y de manera higiénica								
12	E	Que se mejore o resuelva e problema de salud por el cual se hospitaliza								
13	E	Que durante su hospitalización se respete su privacidad								
14	E	Que el trato del personal de obstetra/enfermera sea amable, respetuoso y con paciencia								
15	E	Que el trato de los médicos sea amable, respetuoso y con paciencia								
16	E	Que el trato del personal de nutrición sea amable, respetuoso y con paciencia								
17	E	Que el trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta sea amable, respetuoso y con paciencia								
18	E	Que el personal de enfermería muestre interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización								
19	E	Que los ambientes del servicio sean cómodos y limpios								
20	E	Que los servicios higiénicos para los pacientes se encuentren limpios								
21	E	Que los equipos se encuentren disponibles y se cuente con materiales necesarios para su atención								
22	E	Que la ropa de cama, colchón y frazadas sean adecuados								

C. PERCEPCIONES

En segundo lugar, califique las Percepciones, que se refieren a **COMO USTED HA RECIBIDO**, la atención en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca. Utilice una escala numérica del 1 al 7. **Considere usted 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.**

N	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
1	P ¿durante su hospitalización recibió visita médica todos los días?							
2	P ¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre la evolución de su problema de salud por el cual permaneció hospitalizado?							
3	P ¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los medicamentos que recibió							

		durante su estadía: beneficios y efectos adversos?								
4	P	¿Usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los resultados de análisis de laboratorio?								
5	P	¿Al alta, usted comprendió la explicación que los médicos le brindaron sobre los medicamentos y los cuidados para su salud en casa.?								
6	P	¿Los trámites para su hospitalización fueron rápidos?								
7	P	¿Los análisis de laboratorio solicitados por los médicos se realizaron rápido?								
8	P	¿Los exámenes radiológicos (rayos x, ecografías, tomografías, otros) se realizaron rápido?								
9	P	¿Los trámites para el alta fueron rápidos?								
10	P	¿Los médicos mostraron interés para mejorar o solucionar su problema de salud?								
11	P	¿Los alimentos se entregaron a temperatura adecuada y de manera higiénica?								
12	P	¿Se mejoró o resolvió el problema de salud por el cual se hospitalizó?								
13	P	¿durante su hospitalización se respetó su privacidad?								
14	P	¿El trato del personal de obstetra/enfermera fue amable, respetuoso y con paciencia?								
15	P	¿El trato de los médicos fue amable, respetuoso y con paciencia?								
16	P	¿El trato del personal de nutrición fue amable, respetuoso y con paciencia?								
17	P	¿El trato del personal encargado de los trámites de admisión o alta fue amable, respetuoso y con paciencia?								
18	P	¿El personal de enfermería mostró interés en solucionar cualquier problema durante su hospitalización								
19	P	¿Los ambientes del servicio estuvieron cómodos y limpios?								
20	P	¿Los servicios higiénicos para los pacientes se encontraron limpios?								
21	P	¿los equipos estuvieron disponibles y se contó con materiales necesarios para su atención?								
22	P	¿La ropa de cama, colchón y frazadas son adecuados?								

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO 3. Guía de Entrevista

ESTUDIO SOBRE LA GESTIÓN POR PROCESOS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD ASISTENCIAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO EXTERNO DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA, 2013

GUÍA PARA ENTREVISTA

PRESENTACIÓN

Con el propósito de profundizar en la recolección de datos, se dispone hacer una serie de preguntas a los y las profesionales.

OBJETIVOS

Conocer a profundidad el nivel de conocimientos de los profesionales de salud al respecto de la Gestión por Procesos tanto estratégicos, operativos y de soporte que se implementan en el Hospital Regional de Cajamarca y el Departamento de Gineco Obstetricia.

DATOS GENERALES DEL INFORMANTE

Informante: _____ Teléfono: _____

Edad: _____ Correo electrónico: _____

Cargo que ocupa: _____

Entrevistador:

1. Enumere y describa los procesos de gestión que usted realiza.
2. ¿Siguen sus procesos de gestión los siguientes pasos: Planeación Estratégica, Operación y Soporte, o tiene usted otros sistemas para llevar a cabo los procesos de gestión?
3. ¿Al trabajar con su personal, les otorga poder para hacer las cosas; delega autoridad y responsabilidad; confía en ellos y ellas; ofrece libertad y autonomía para hacer el trabajo; les da importancia por lo que hacen; les motiva e incentiva; reconoce públicamente el buen trabajo hecho por el personal a su cargo; recompensa el trabajo bien hecho; ofrece orientación, al personal a su cargo, para hacer el trabajo asignado; define bien las metas y objetivos de los trabajos que asigna; cuenta con mecanismos para evaluar el desempeño del personal a su cargo; comparte su conocimiento y el generado al hacer los trabajos asignados con el resto del personal, cuenta con mecanismos para celebrar la culminación exitosa de metas y objetivos propuestos? ¿Conoce la dinámica de la gestión a lo interno de los proyectos y los requerimientos realizados?.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO 4. Lista de Cotejo

ANEXO 4
LISTA DE COTEJO PARA OBSERVACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD MATERNA

	Ambiente	Verificación	$\sqrt{}/X$	Observación
1	Cuenta con espacio para recepción y control	In situ, visita al Servicio de Salud Materna, fotos		
2	Espacio para camillas y sillas de ruedas			
3	Sala de evaluación y preparación de pacientes			
4	Sala de dilatación (trabajo de parto)			
5	Sala de Expulsión (sala de partos)			
6	Cuarto de limpieza			
7	Ambiente Séptico			
8	Vestuario y servicios higiénicos personal de salud			
9	Sala de cirugía obstétrica (legrado)			
10	Sala para AMEU			
11	Sala de recuperación posparto			
12	Sala de atención al Recién Nacido			
13	Espacio para guardar material estéril			
	Equipamiento			
	El Servicio de Salud Materna, cuenta con equipamiento según Normatividad vigente.	Ver in situ stock de equipos según el nivel del HRC		
	El Servicio de Salud Materna cuenta con insumos según capacidad resolutive: oxitócicos, expansores de volumen sanguíneo, equipos de venoclisis, etc.	Ver in situ stock de farmacia según nivel		

Fuente: NTS N° 021-2011-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica Sanitaria de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”, aprobada con RM 546-2011. Directiva Sanitaria N° 001-2005-MINSA/DGSO-V.01 “Directivas para la evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud”, aprobada con RM 1001-2005

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

**CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD
NORMA TÉCNICA DE SALUD Nº 021-MINSA / DGSP-V.03
“GUÍA TÉCNICA PARA LA CATEGORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD”**

INSTRUMENTO PARA EL EQUIPO OPERATIVO DE CATEGORIZACIÓN

MÓDULO ORGANIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN

		CUMPLE		II - 1	CALIFICACION
		SI	NO		
CONSULTA EXTERNA	Se organiza de acuerdo a Etapas de vida	1			
HOSPITALIZACIÓN	El área de internamiento / hospitalización cuenta con registro de ingresos y egresos	1		X	1
	El establecimiento de salud brinda alimentación a los pacientes de internamiento.	1		X	1
	El establecimiento de salud cuenta con personal de salud asignado al ambiente de internamiento durante las 24 horas.	1		X	1
EMERGENCIA	Se cuenta publicado el derecho de toda persona de recibir atención inmediata en situación de emergencia, y está ubicado en un lugar visible de las áreas de atención de emergencias (Ley Nº 27604 – Ley que modificó la Ley General de Salud, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos)	1		X	1
	El establecimiento de salud cuenta con personal de salud asignado al tópic /área de emergencia / Emergencias (colocar número de horas).	1		X	1
	Programación bajo de modalidad de retén de médicos especialistas				
	Mecanismos de coordinación de referencia del usuario, en caso la condición de urgencia o emergencia exceda su capacidad resolutive		1	X	0
CENTRO OBSTÉTRICO	Horario de atención de la UPSS (colocar horas)		1	X	0
	Atención de la gestante sin complicaciones en el período de parto	1			
	Atención del parto vaginal de la gestante con o sin complicaciones,	1		X	1
	Atención de puerperio inmediato	1		X	1
	Atención inmediata del recién nacido	1		X	1
CENTRO QUIRÚRGICO	Disponibilidad de sala de operaciones para las intervenciones quirúrgicas de emergencia durante las 24 horas	1		X	1
	Disponibilidad de sala de operaciones para las intervenciones quirúrgicas electivas de acuerdo a una programación	1		X	1

	Disponibilidad de servicios médicos de apoyo al diagnóstico y tratamiento		1	X	0
	Organiza zona de transferencia / trasbordo de paciente				
CUIDADOS INTENSIVOS	Dispone en forma diaria de Médico especialista en Medicina Intensiva / en Medicina Interna por cada 6 camas de UCI				
	Dispone en forma diaria de Médico especialista en Medicina Intensiva por cada 6 camas de UCI				
	Dispone en forma diaria de Médico especialista en Pediatría capacitado en Cuidados Intermedios Neonatal y Cuidados Intermedios Pediátrico				
	Dispone en forma diaria de Médico pediatra subespecialista en Neonatología				
	Dispone en forma diaria de Médico especialista en Cuidados Intermedios por cada 8 camas				
	Dispone de Enfermera por cada 03 camas de UCI General / Especializada				
	Dispone de Enfermera por cada 02 camas de UCI Pediátrica / Neonatal				
	Dispone de Enfermera por cada 06 camas de Intermedios General / Especializada				
	Dispone de Enfermera por cada 04 camas de Intermedios Pediátrica / Neonatal				
PATOLOGÍA CLÍNICA	Horas de atención (colocar número de horas/día)		1	X	0
	Realiza pruebas rápidas de ayuda diagnóstica	1		X	1
	Uso de formatos estandarizados y registro de recepción, procesamiento y entrega de resultados	1		X	1
	Registro de toma de muestras, según corresponda	1		X	1
	Procedimientos de Bioquímica	1		X	1
	Procedimientos de Hematología	1		X	1
	Procedimientos de Microbiología	1		X	1
	Procedimientos de Inmunología		1	X	0
	Procedimientos de Banco de órganos y células madre				
	Procedimientos de Biología Molecular				
	Procedimientos de Laboratorio de histocompatibilidad, según corresponda				
	Se garantiza 24 horas de atención, especialmente para la atención de las áreas críticas según corresponda (Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos, Centro Quirúrgico y Centro Obstétrico),	1		X	1
	Control de calidad Interno	1		X	1
	Control de calidad Interlaboratorial		1	X	0
	Control de calidad Interlaboratorial pre analítico				
	Control de calidad Externo				
	Sistema de manejo de residuos.	1		X	1
DIAGNÓSTIC O POR IMÁGENES	Realiza exámenes de Radiología convencional o general	1		X	1
	Realiza exámenes de Radiología especializada				
	Realiza exámenes de Radiología intervencionista				

	Realiza exámenes de Densitometría ósea					
	Realiza exámenes de Ecografía general	1		X		1
	Realiza exámenes de Ecografía doppler					
	Realiza exámenes de Resonancia Magnética					
	Realiza exámenes de Tomografía computarizada					
	Realiza exámenes de Mamografía.	1		X		1
	Licencia de operación otorgada por la Oficina Técnica de la Autoridad Nacional (OTAN) del Instituto Peruano de Energía Nuclear		1	X		0
ANATOMÍA PATOLÓGICA	Horario de la UPSS (colocar número de horas)					
	Recepción de muestras y tamizaje citológico	1		X		1
	Procedimientos de Biopsias					
	Procedimientos de Citología / Citopatología clínica					
	Procedimientos de Exámenes macroscópicos de piezas quirúrgicas					
	Procedimientos de Necropsias					
	Cuenta con Manual de Procedimientos administrativos y técnicos para el manejo del cadáver					
	Cuenta con sistema de disposición de residuos orgánicos	1		X		1
	Registro de autorizaciones de Necropsia clínica		1	X		0
FARMACIA	Horario de atención con medicamentos / UPSS Farmacia (colocar número de horas)	1		X		1
	Programación		1	X		0
	Expendio / Dispensación	1		X		1
	Registro de atención a prescripciones	1		X		1
	Buenas prácticas de almacenamiento		1	X		0
CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	Registro de rutina: Controles de equipos	1		X		1
	Registro de control de calidad: resultado de indicadores		1	X		0
	Registro de mantenimiento de equipos		1	X		0
	Flujo unidireccional		1	X		0
MEDICINA DE REHABILITACIÓN	Atención ambulatoria.	1		X		1
	Atención hospitalaria					
	Rehabilitación basada en la comunidad (RBC)					
	Atención de Discapacidades leves y seguimiento					
	Atención de Discapacidades leve y/o moderada	1		X		1
	Atención de Discapacidades moderadas y/o severas					
REMI ODI ÁLIS IS	Horario de atención (colocar número de horas)					

	Registro del control serológico seriado (VIH, Hepatitis B, Hepatitis C y VDRL) del personal de salud				
	Registro del control serológico seriado (VIH, Hepatitis B, Hepatitis C y VDRL) de pacientes agudos y crónicos				
	Registro de pacientes con insuficiencia renal crónica / aguda				
	Registro de procedimientos de Hemodiálisis				
	Cuenta con Guía de procedimientos de Diálisis Peritoneal	1		X	1
	Registro de procedimientos de Diálisis Peritoneal		1	X	0
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Personal con 02 exámenes médicos anuales: examen parasitológico, serológico y radiografía de tórax.		1	X	0
	Personal que manipula alimentos deberá contar con carné de sanidad vigente	1		X	1
	Personal profesional y técnico durante el horario de trabajo está obligado al uso del uniforme reglamentario	1		X	1
	Registro de la Valoración del estado nutricional del usuario externo				
	Registro de Evaluación del estado nutricional del usuario externo		1	X	0
RADIOTERAPIA	Programación de turnos según procedimientos				
	Procedimientos de teleterapia				
	Procedimientos de braquiterapia de alta tasa				
	Procedimientos de braquiterapia de baja tasa				
	Programación de control de calidad para mantenimiento de equipo				
	Registro de control de calidad para mantenimiento de equipo				
MEDICINA NUCLEAR	Se organiza para garantizar la atención en turnos establecidos.				
	Disposición de desechos radioactivos: Ambiente o contenedor, según IPEN - OTAN				
	Programación de control de calidad para mantenimiento de equipo				
	Registro de control de calidad para mantenimiento de equipo				
	Registro de dosimetría del personal				
	Registro de ingreso de material radioactivo				
	Registro de dosis administrada a los pacientes				
	Registro de desechos radioactivos				
	Procedimiento de Imágenes en Medicina Nuclear				
	Procedimiento de terapia en Medicina Nuclear				
UPS GESTIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	Sistema de seguridad informática (protección de datos)				
	Estructura y programa actividades educativos en su campo clínico para el personal de otros establecimientos				
	Estructura y programa actividades educativos en su campo clínico para el personal del mismo establecimiento				

	Dispone de acceso a Internet				
	Dispone de acceso a base de datos / repositorio				
	Dispone de líneas de investigación				
	Plan de investigación en el campo clínico				
DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	Se cuenta programado el horario de atención del establecimiento de salud (semanal o mensual)				
	Se cuenta programado en forma mensual el horario de atención del / los profesional(es) de salud de Consulta Externa	1		X	1
	Se cuenta programado en forma mensual la hora y el equipo de visita de profesionales de salud de Hospitalización / Internamiento	1		X	1
	Se cuenta programado en forma mensual y en turnos del equipo de profesionales de salud de Emergencia	1		X	1
	Se cuenta programado en forma mensual y en turnos del equipo de profesionales de salud de Centro Obstétrico	1		X	1
	Se cuenta programado en forma mensual y en turnos del equipo de profesionales de salud de Centro Quirúrgico	1		X	1
	Se cuenta programado en forma mensual y en turnos del equipo de profesionales de salud de Cuidados Intensivos	1		X	1
		RESULTADO		39	
RESULTADO: SUB TOTAL ORGANIZACIÓN				70.9	
ACEPTABLE (> 85%)					

ANEXO 7. Determinación de la confiabilidad del Instrumento 1

Para determinar la confiabilidad de instrumento, se procedió a tomar la prueba piloto a 8 profesionales, los cuales mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach.

- a) **Determinación de confiabilidad y consistencia (Fiabilidad (consistencia interna) para respuestas politómicas):** Mediante el coeficiente alfa de Cronbach

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{s_T^2} \right)$$

Donde:

$\sum s_i^2$ = varianza de cada ítem

s_T^2 = varianza de los puntajes totales

k = número de ítems del instrumento

$\alpha \geq 0,70$ instrumento confiable (consistencia interna)

Para lo que se construyó una base de datos con los resultados de las 8 encuestas aplicadas a profesionales:

SUJETOS	ITEMS								
	1	2	3	4	5	6	k	TOTAL
1									
2									
n									
VARIANZAS	s_1^2	s_2^2	s_3^2					s_k^2	s_T^2

$$\sum s_i^2 = s_1^2 + s_2^2 + s_3^2 + \dots + s_k^2$$

Aplicación:

SUJETOS	ITEMSn=62						
	1	2	3	4	5	6	7
1	1	0	1	1	1	0	1
2	1	0	1	1	1	0	0
3	0	0	1	1	0	0	1
4	0	0	1	0	0	0	0
5	0	0	0	0	1	0	1
6	0	0	0	0	1	0	1
7	0	0	0	0	1	0	0
8		0	0	0	1	0	0
VARIANZA	0.23809524	0	0.28571429	0.26785714	0.21428571	0	0.28571429

Fuente: Base de Datos de validación de encuesta de profesional.

Alfa = 0.85

Para que exista confiabilidad del instrumento se requiere $\alpha > 0.70$, por lo tanto este instrumento es confiable (consistencia interna).

b) **Determinación de validez:** Análisis de ítems (discriminación de ítems)

Método Ítem – test, mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Seguidamente se procedió a determinar la validez interna de cada uno de los ítems con la prueba R de Pearson, los resultados indicaron que los ítems tienen un valor de $r > 0.2$, por lo tanto el formulario es válido, por lo que se ha procedido a eliminar 9 ítems y reformular otros.

ANEXO 8. Tabla de Resultados: Dimensiones de la Calidad Asistencial

Tabla 11. Dimensiones de la Calidad Asistencial

Preguntas / Dimensiones	Satisfecho (+)		Insatisfecho(-)	
	n	%	n	%
P1	7	12.3	50	87.72
P2	14	24.1	44	75.86
P3	16	27.6	42	72.41
P4	6	10.3	52	89.66
P5	7	12.1	51	87.93
Fiabilidad	50	17.3	239	82.70
P6	11	19.0	47	81.03
P7	4	6.9	54	93.10
P8	8	14.5	47	85.45
P9	5	8.8	52	91.23
Capacidad de Respuesta	28	12.3	200	87.72
P10	7	12.1	51	87.93
P11	9	15.5	49	84.48
P12	15	25.9	43	74.14
P13	7	14.6	41	85.42
Seguridad	38	17.1	184	82.88
P14	5	8.6	53	91.38
P15	7	12.5	49	87.50
P16	7	12.1	51	87.93
P17	8	13.8	50	86.21
P18	13	22.4	45	77.59
Empatía	40	13.9	248	86.11
P19	14	24.1	44	75.86
P20	9	15.5	49	84.48
P21	2	3.4	56	96.55
P22	12	20.7	46	79.31
Aspectos Tangibles	37	15.9	195	84.05
PORCENTAJE TOTAL	193	15.3	1066	84.67

Fuente: Base de datos de Encuesta a usuarios externos: INSTRUMENTO PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS DE LOS CUESTIONARIOS SERVQUAL MODIFICADO SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO DEL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA (Nivel II)

ANEXO 9: Resultados Globales de dimensiones

Tabla 12. Global de Dimensiones

Dimensiones	Satisfecho (+)	Insatisfecho (-)
FIABILIDAD	17.3	82.70
CAPACIDAD DE RESPUESTA	12.3	87.72
SEGURIDAD	17.1	82.88
EMPATIA	13.9	86.1
ASPECTOS TANGIBLES	15.9	84.05
TOTAL DIMENSIONES	15.3	84.7

Fuente: Base de datos de Encuesta a usuario externo.

ANEXO 10. Operacionalización de Variables

Variables	Definición	Dimensión	Indicadores	Instrumento
<p>Procesos de Gestión: Estartégicos, Operativos y de Soporte en el Departamento de Gineco Obstetricia</p>	<p>Forma sistemática de hacer las cosas dividida en planeación, organización, integración, dirección y control.</p> <p>Estrategia de mejoramiento que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención de salud, sustentados en la mejor evidencia científica del momento, con la participación del equipo de salud en la toma de decisiones</p>	<p>A. Procesos Gestión: que afectan directamente las actividades en el servicio. Para efectos del estudio de dividirá en: Procesos de Gestión externa: aquellos realizados por la administración para el funcionamiento del servicio; y Procesos de gestión internos: los propios del servicio, relacionados con indicadores, asignación de puestos, responsabilidades, etc.</p>	<p>Procesos Gestión</p> <p>Externos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Contratación de personal. 6. Planificación de las cargas horarias y actividades. 7. Asignación de presupuesto operacional. 8. Mecanismos de supervisión y evaluación. <p>Internos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selección y asignación de puestos. 2. Asignación de responsabilidades. 3. Cronograma de turnos. 4. Seguimiento y monitoreo al desarrollo de actividades diarias. 5. Cuidado y mantenimiento del servicio. 6. Promedio de tiempo de espera 	<p>C1. Procesos de gestión externa (11 items)</p> <p>C1. Procesos de gestión interna (9 items)</p> <p>C3. Información complementaria de Gestión por procesos (13</p>

	<p>atención en salud en todas sus partes.</p>	<p>Empatía: dimensión de la calidad referida al acceso fácil, la buena comunicación, disposición para atender al usuario, evalúa si el paciente ha sido priorizado.</p> <p>Aspectos Tangibles: Dimensión de la calidad relacionada con la apariencia de la infraestructura, condición de los equipos, personal e instrumentos.</p>		
--	---	--	--	--

Fuente: Elaboración propia, Enero 2013

Características del Departamento de Gineco Obstetricia

<p>D.G-O</p>	<p>Es la unidad orgánica encargada de la atención integral de la patología Gineco-obstétrica durante el ciclo reproductivo, pre-concepcional, concepcional y post-concepcional, así como de las enfermedades del sistema de reproducción de la mujer.</p>	<p>Ambiente: Es el ambiente donde se llevan a cabo las actividades de evaluación, diagnóstico y atención a la paciente mujer, a la gestante y prescribir su tratamiento y acciones a seguir.</p> <p>Equipamiento:</p> <p>Equipamiento cínico: 01 Mesa de exámenes, negatoscopio de un cuerpo, escalinata metálica, mesa metálica para curaciones, Lámpara de pie cuello ganso, biombo metálico, vitrina para instrumentos, balanza de piso con tallímetro, camas de parto, porta suero metálico rodable, porta balde metálico, Balón de oxígeno medicinal.</p> <p>Equipo Biomédico: Equipo detector de latidos fetales, tensiómetro mercurial portátil, estetoscopio adulto, Monitor Fetal, aspirador de secreciones, cuna de calor radiante, incubadora de transporte estándar, laringoscopio, oxímetro de pulso, resucitador manual adulto, pediátrico y neonatal.</p>	<p>¿Cuenta con los criterios mínimos según normatividad vigente?</p>	<p>Lista de cotejo</p>
---------------------	---	--	--	-------------------------------

ANEXO 11. Tabla de resultados de Encuesta aplicada a Usuarios Internos.

Tabla 13. Grado de satisfacción del usuario interno del Departamento de Gineco Obstetricia frente a los procesos de gestión externa, 2013.

PROCESOS DE GESTIÓN EXTERNA	SI		NO		NR	
	N	%	N	%	N	%
Contratación de personal en tiempos previstos	19	65.5	2	6.9	8	27.6
Incentivo/Estímulo al personal que se desempeña sobresalientemente	22	75.9	6	20.7	1	3.4
Fortalecimiento de capacidades del personal	25	86.2	0	0.0	4	13.8
Planificación adecuada de cambios, rotaciones y horarios	15	51.7	0	0.0	14	48.3
Renovación del instrumental, material y equipos	10	34.5	6	20.7	13	44.8
Asignación apropiada de presupuesto programado en POA	9	31.0	6	20.7	14	48.3
Mecanismos para supervisar y evaluar el funcionamiento del servicio	12	41.4	4	13.8	13	44.8
Resultados positivos de los mecanismos de evaluación	10	34.5	6	20.7	13	44.8
Se cuenta con los Insumos necesarios en el servicio	8	27.6	6	20.7	15	51.7
Mecanismos de Control (registro)	12	41.4	4	13.8	13	44.8
Organización fomenta buen clima organizacional	10	34.5	6	20.7	13	44.8

Fuente:(Sección C1) Encuesta aplicada a los y las profesionales del Servicio de Gineco Obstetricia, Hospital Regional de Cajamarca, 2013.

Tabla 14. Grado de satisfacción del usuario interno del Departamento de Gineco Obstetricia frente a los procesos de gestión interna, 2013.

PROCESOS DE GESTIÓN INTERNA	SI		NO		NR	
	N	%	N	%	N	%
Criterios para la selección y asignación de puestos	12	41.4	7	24.1	10	34.5
Determinación conjunta de horarios y cronogramas	6	20.7	9	31.0	14	48.3
Delegación de tareas y responsabilidades	14	48.3	3	10.3	12	41.4
Plan de fortalecimiento de capacidades	6	20.7	20	69.0	3	10.3
Planificación de vacaciones	20	69.0	3	10.3	6	20.7
Monitoreo, supervisión y evaluación del desempeño individual	6	20.7	9	31.0	14	48.3
Supervisión y cuidado del instrumental, equipos, materiales e insumos	12	41.4	4	13.8	13	44.8

Fuente:(Sección C1) Encuesta aplicada a los y las profesionales del Servicio de Gineco Obstetricia, Hospital Regional de Cajamarca, 2013.

Tabla 15. Procesos de gestión que cumplen con las etapas de planeación, organización, integración, dirección y control, 2013

PARA ...se sigue las etapas de la gestión hospitalaria.	SI		NO		NR	
	N	%	N	%	N	%
Contratación de personal administrativo	0	0.0	21	72.4	8	27.6
Participación del Servicio en actividades del Hospital	6	20.7	9	31.0	14	48.3
Participación del Servicio de Salud Materna en Comités Regionales de Análisis de MM	24	82.8	2	6.9	3	10.3
Renovación de material, instrumental y equipos para servicio	14	48.3	9	31.0	6	20.7
Supervisión y evaluación del departamento de gineco obstetricia	20	69.0	3	10.3	6	20.7
Selección oportuna y democrática del jefe de departamento	14	48.3	9	31.0	6	20.7
Asignación de puestos en el Departamento de Gineco Obstetricia	12	41.4	4	13.8	13	44.8
Selección conjunta de actividades a realizar	14	48.3	9	31.0	6	20.7
Asignación de tareas y responsabilidades	15	51.7	4	13.8	10	34.5
Elaboración de cronograma de reuniones de gestión	7	24.1	11	37.9	11	37.9
Elaboración conjunta de cronograma de capacitación	0	0.0	24	82.8	5	17.2
Supervisión y evaluación del desempeño profesional	15	51.7	3	10.3	11	37.9
Supervisión y evaluación del estado de equipos y materiales	12	41.4	4	13.8	13	44.8

Fuente:(Sección C1) Encuesta aplicada a los y las profesionales del Servicio de Gineco Obstetricia, Hospital Regional de Cajamarca, 2013.

Tabla 16. Procesos de soporte. Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013.

PROCESOS DE SOPORTE	SI		NO		NR	
	N	%	N	%	N	%
Los requerimientos de insumos, equipos y materiales son atendidos a tiempo	5	17.2	17	58.6	7	24.1
La Nutricionista, cumple con las dietas solicitadas para los pacientes	17	58.6	6	20.7	6	20.7
Camas, ambientes y baños están aseados y en buen estado	12	41.4	15	51.7	2	6.9
Se hace entrega de los medicamentos solicitados para atención del paciente	11	37.9	6	20.7	12	41.4
La Oficina de Personal, controla la asistencia del profesional del servicio de gineco obstetricia	18	62.1	1	3.4	10	34.5
Las normas de bioseguridad se cumplen en la atención asistencial	10	34.5	11	37.9	8	27.6
Los trámites de documentos y/o otros son atendidos en momento oportuno	15	51.7	2	6.9	12	41.4
Los instrumentos necesarios para Centro Obstétrico están acordes a la normativa vigente y a tiempo (esterilización)	10	34.5	0	0.0	19	65.5
Se cuenta con los Recursos Humanos suficientes para brindar una adecuada atención	17	58.6	7	24.1	5	17.2

Fuente:(Sección C1) Encuesta aplicada a los y las profesionales del Servicio de Gineco Obstetricia, Hospital Regional de Cajamarca, 2013.

Tabla 17. Procesos Operativos. Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013.

PROCESOS OPERATIVOS	SI		NO		NR	
	N	%	N	%	N	%
Se realiza la atención de salud en equipo	8	27.6	3	10.3	18	62.1
Cada miembro del equipo de atención del servicio conoce sus responsabilidades y como actuar	17	58.6	0	0.0	12	41.4
Se cumple con los protocolos de atención	15	51.7	2	6.9	12	41.4
Las emergencias se pueden atender en equipo con buenos resultados	13	44.8	4	13.8	12	41.4
La motivación, para acudir a capacitaciones y/o actividades del H.R.C. Es buena	19	65.5	1	3.4	9	31.0
Ejerce en su trabajo actitudes de liderazgo	10	34.5	4	13.8	10	34.5
Se valoran la destreza en la atención, conocimientos y experiencia del profesional	11	37.9	2	6.9	11	37.9
Conoce la normatividad vigente de Salud Sexual y Reproductiva	10	34.5	0	0.0	19	65.5
Las emergencias que se presentan, significan nuevos retos de superación profesional	18	62.1	10	34.5	1	3.4
participa regularmente en actividades que ayudan a fortalecer el servicio	12	41.4	15	51.7	2	6.9
Conoce usted, ¿cuántas gestantes y recién nacidos ingresan al servicio mensualmente?	7	24.1	20	69.0	2	6.9
Conoce el procesos de atención de las Claves de Atención de EMO	20	69.0	7	24.1	2	6.9
La permanencia del personal en el servicio de gineco obstetricia es buena	16	55.2	8	27.6	5	17.2

Fuente:(Sección D1) Encuesta aplicada a los profesionales del Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Regional de Cajamarca, 2013.

