

I  
**“UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZAN”**

**ESCUELA DE POSGRADO**



=====

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y CALIDEZ DE ATENCIÓN A  
LOS USUARIOS DEL SUBCENTRO DE SALUD “EL BOSQUE”  
Y LA PROPUESTA GERENCIAL DE MEJORAMIENTO EN EL  
DISTRITO DE SANTA ROSA-LIMA PERIODO 2014.**

=====

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN  
ADMINISTRACION Y GERENCIA EN SALUD**

**TESISTA: TOVAR BRANDAN JAVIER ROLANDO**

**ASESOR DR. PEDRO G. VILLAVICENCIO GUARDIA**

**HUÁNUCO – PERÚ**

**2015**

**DEDICATORIA**

A Dios por darme la fuerza para seguir adelante y darme la sabiduría y el entendimiento para cumplir mis metas, a mis padres por motivarme a ser un profesional ya que con sus consejos y apoyo e infinita paciencia pude concluir mi carrera, a mis compañeros y profesores que me guiaron en el camino muchas gracias Dios los guarde y los guie.

## **AGRADECIMIENTO**

Al culminar el presente trabajo de Investigación, me permito agradecer a Dios por su bondad omnipotente que tiene para los seres humanos, que nos hace grande en todas las dimensiones.

Gracias a todos los profesores quienes con sus sabios conocimientos supieron formarme como un profesional capaz de poner mis servicios a la sociedad.

Gracias a todas las personas que me impulsaron a estudiar y a comprometerme en esta noble carrera que la sabré ejercer con empeño y dedicación.

**RESUMEN**

La articulación de herramientas e instrumentos de gestión de los servicios de salud con las necesidades y las oportunidades que generan los procesos de reforma son parte de una posición analítica y práctica frente a la problemática y avances de nuestro Sistema Nacional de Salud y el modelo de atención del primer nivel de atención. Más que una descripción técnica, sin contextualización institucional, de la realidad nacional y los marcos de referencia teórica, el tratamiento de la temática de la gestión intenta vincularse con la identificación de los problemas centrales de nuestro sistema de salud. En términos generales, la definición del nivel de análisis vinculado con los aspectos de la gestión, tiene un significado y una finalidad decididamente práctica, pero no ingenuo, el desarrollo de sus capacidades organizacionales e institucionales y los mecanismo de coordinación de las diferentes instancias de financiamiento, organización y provisión de servicios, factores relevantes en la definición de la trayectoria del proceso de cambio y de sus resultados en materia de equidad, eficiencia y calidad.

En el Capítulo I, el lector encontrará en el planteamiento del problema una descripción de la realidad problemática que se desea abordar, del porqué del desempeño personal y la satisfacción laboral, la formulación del problema, los objetivos, las hipótesis, la precisión de las variables, justificación, viabilidad y sus limitaciones del estudio.

En el Capítulo II, en el Marco Teórico se presenta los antecedentes, las Bases Teóricas que fundamentan las correlaciones entre las diversas variables, las definiciones conceptuales.

En el Capítulo III Marco Metodológico, se precisa el tipo, nivel y diseño de la investigación teniendo en cuenta el control de las variables. Se precisa la población y los instrumentos.

En el Capítulo IV, Resultados, orientados por los objetivos e Hipótesis del estudio, se utilizan tablas y gráficos para mostrar los hallazgos del estudio, y se contrastan las hipótesis y la prueba estadística pertinente.

En el Capítulo V, Discusión, se contrastan los resultados obtenidos con los referentes bibliográficos del estudio, con las hipótesis.

Al final de la tesis se presentan las conclusiones del estudio orientado por los objetivos e hipótesis y las sugerencias del estudio. Una bibliografía utilizada y los anexos complementan la presentación de la tesis.

**SUMMARY**

The articulation of tools and instruments for the management of health services with the needs and opportunities generated by the reform processes are part of an analytical and practical position in the face of the problems and advances of our National Health System and the care model of the first level of attention. More than a technical description, without institutional contextualization, of the national reality and the theoretical frameworks, the treatment of the management theme tries to be linked with the identification of the central problems of our health system. In general terms, the definition of the level of analysis linked to the aspects of management, has a meaning and purpose decidedly practical, but not naive, the development of their organizational and institutional capacities and the coordination mechanism of the different funding instances , organization and provision of services, relevant factors in defining the trajectory of the change process and its results in terms of equity, efficiency and quality.

In Chapter I, the reader will find in the problem statement a description of the problematic reality to be addressed, the reason for personal performance and job satisfaction, the formulation of the problem, the objectives, the hypotheses, the precision of the variables , justification, feasibility and limitations of the study.

In Chapter II, the Theoretical Framework presents the antecedents, the Theoretical Bases that base the correlations between the various variables, the conceptual definitions.

In the Chapter III Methodological Framework, the type, level and design of the research is specified taking into account the control of the variables. The population and the instruments are required.

## VII

In Chapter IV, Results, guided by the objectives and hypothesis of the study, tables and graphs are used to show the findings of the study, and the hypothesis and the relevant statistical test are tested.

In Chapter V, Discussion, the results obtained are compared with the bibliographic references of the study, with the hypotheses.

At the end of the thesis the conclusions of the study oriented by the objectives and hypotheses and the suggestions of the study are presented. A bibliography used and the annexes complement the presentation of the thesis.

## VIII INTRODUCCIÓN

La calidad y la calidez debe ser el paradigma de todos los que gestionan la salud en los servicios de salud y en la comunidad para el mejoramiento de las condiciones de vida de los individuos y los grupos sociales. Aunque la calidad parece un atributo inherente y obvio a la prestación de los servicios de salud no siempre esta se garantiza. Se debe desde la perspectiva de la equidad y la eficacia realizar estudios de los procesos y resultados del quehacer en la atención integral de la salud, en forma sistemática y sistémica. El tema de la calidad y la calidez se introduce en este módulo en forma sencilla y aplicable para los servicios de salud del primer nivel de atención. Se desarrollan tres unidades: La Calidad total en el modelo de Atención de Salud, Garantía de Calidad en los Servicios de Salud y Metodología de calidad en servicios de salud, que presentan conceptos y metodologías apropiadas para valorar la calidad del Equipo de Salud y de la red de Servicios del Sistema de Salud. Estos contenidos que se sugieren con el objetivo de relacionar el tema de la calidad y calidez con los procesos de trabajo de las áreas de salud.



## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO .....	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN .....	¡Error! Marcador no definido.
SUMMARY .....	¡Error! Marcador no definido.I
INTRODUCCIÓN .....	¡Error! Marcador no definido.II
<b>INDICE.....</b>	<b>IX</b>
CAPÍTULO I .....	¡Error! Marcador no definido.
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
1.1 Descripción del problema.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2. Formulación del problema.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2.1 Problema general.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2.2 Problemas específicos .....	¡Error! Marcador no definido.
1.3. Objetivo general y objetivos específicos.....	¡Error! Marcador no definido.
1.4. Hipótesis y/o Sistemas de hipótesis.....	¡Error! Marcador no definido.
1.5. Variables .....	¡Error! Marcador no definido.
1.6. Justificación e importancia .....	¡Error! Marcador no definido.
1.7. Viabilidad.....	¡Error! Marcador no definido.
1.8 Limitaciones .....	¡Error! Marcador no definido.5
CAPÍTULO II .....	¡Error! Marcador no definido.
MARCO TEÓRICO .....	¡Error! Marcador no definido.
2.1. Antecedentes: .....	¡Error! Marcador no definido.
2.2. Bases teóricas.....	72
2.3. Definiciones conceptuales .....	89
2.4 Bases epistemicas.....	96
CAPÍTULO III .....	105
MARCO METODOLOGICO .....	105
3.1 Tipo de investigación .....	105
3.2 Diseño y esquema de la investigación.....	105
3.3 Población y muestra.....	106
3.4 Instrumentos de recolección de datos .....	107
3.5 Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos.....	107

CAPÍTULO IV .....	108
RESULTADOS .....	108
CAPÍTULO V .....	127
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	127
CONCLUSIONES .....	136
SUGERENCIAS .....	138
BIBLIOGRAFÍA .....	140
ANEXOS .....	145

## CAPITULO I

### EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

#### 1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Avedis Donabedian definió a la calidad de la atención en salud como “Atributo de la atención que puede obtenerse en distintos grados y que consiste en el logro de los mayores beneficios, de acuerdo con los recursos disponibles y los valores sociales imperantes. El grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud”

En nuestro país, las organizaciones de salud pública son organizaciones de servicios públicos, es decir, organizaciones que realizan una prestación, como respuesta a la presencia de una necesidad pública que se debe satisfacer.

En salud pública no sólo es necesaria la satisfacción del usuario (calidad percibida), sino que hay que garantizar que el conocimiento científico se aplica de manera correcta (calidad científico-técnica).

Al analizar los antecedentes sobre estudios de satisfacción, se encontraron respuestas dadas a toda queja formulada por los pacientes, las cuales han constituido un sistema de detección de problemas muy útil, que debe considerarse factor importante en la evaluación de la satisfacción con la atención. Los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Satisfacción, arrojaron que aproximadamente el 70 % de la población se encontraba medianamente satisfecha con los servicios de salud.

En el Subcentro de Salud “El Bosque”, las evaluaciones para medir la calidad y calidez de la atención y el grado de satisfacción de los usuarios, por lo que no

se tiene indicadores que permitan realizar acciones de mejoramiento en lo que corresponda a las debilidades en la atención.

Se requirió evaluar la satisfacción con la atención a través de la percepción que tienen los pacientes y familiares, y a su vez identificar cuáles elementos de la atención determina su satisfacción o insatisfacción.

Se requería realizar un estudio de los criterios, que tienen los usuarios en relación a la calidad técnica y calidez en la atención que reciben en esta unidad lo que permitió evaluar la satisfacción de los usuarios y se obtuvieron indicadores muy valiosos que midieron el tipo de atención.

El período de estudio estuvo comprendido entre octubre y noviembre del 2014. Se realizó un estudio tipo descriptivo. Se tomó en cuenta para el estudio a través de las encuestas a usuarios mayores de 17 años de ambos sexos, algunas de ellas estuvieron acompañando a sus hijos menores de edad, y a los que de manera directa recibieron atención se les realizaron preguntas relacionadas a aspectos generales de la atención, a los ambientes y atención en los servicios, y trato del personal.

Se realizó la investigación a los usuarios que asistieron demandando los diferentes servicios del Subcentro de Salud "El Bosque". Se elaboró un cuestionario con preguntas de elección múltiple y abierta, a través de una encuesta, y se evaluó la atención en calidad y calidez, midiendo el grado de satisfacción de los usuarios para finalmente previo análisis, proponer recomendaciones muy necesarias para el mejoramiento de la calidad.

El presente estudio sobre la calidad de los servicios y de la atención con calidez que perciben los usuarios de esta unidad de salud permitió realizar una evaluación basado en los resultados, y realizado los análisis respectivos el Subcentro de Salud “El Bosque requiere establecer un mejoramiento continuo de la calidad en la atención, como una prioridad, la implementación de una propuesta gerencial siendo una herramienta muy útil para mejorar la calidad, en su organización y funcionamiento. Se justifica este estudio que permitió realizar una evaluación de la atención que están recibiendo los usuarios del Subcentro de Salud “El Bosque”.

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

### **PROBLEMA GENERAL**

Existe calidad y calidez de atención a los usuarios del subcentro de salud “el bosque”.y la propuesta gerencial de mejoramiento en el distrito de santa rosa-lima periodo 2014?

### **PROBLEMAS ESPECIFICOS**

1.-que propuestas gerenciales se podría implementar para mejorar la calidad y calidez de atención a los usuarios del subcentro de salud “el bosque” y la propuesta gerencial de mejoramiento en el distrito de santa rosa-lima periodo 2014?

2.- ¿Qué propuestas gerenciales se requieren para establecer un mejoramiento continuo de la calidad en su organización y funcionamiento del sub centro de salud el Bosque?

### **1.3 OBJETIVOS**

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la calidad y calidez de atención a los usuarios del Subcentro de Salud y propuesta gerencial de mejoramiento.

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar la Demanda de Servicios, las coberturas de vacunación y la filiación de los usuarios considerando edad, sexo y procedencia.
2. Registrar el equipo de proveedores con que cuenta el Subcentro.
3. Caracterizar el criterio de los usuarios sobre infraestructura, equipamiento, calidad técnica y calidez de atención.
4. Diseñar una Propuesta para el Mejoramiento de la Atención.

### **1.4 HIPÓTESIS**

Aplicando un programa gerencial se mejorará la calidad y calidez de atención a los usuarios del centro de Salud “El Bosque”.

### **1.5 VARIABLES**

#### **Variable Dependiente**

Propuesta Gerencial de Mejoramiento

#### **Variable Independiente**

La Calidad y Calidez de Atención

## **Variables Intervinientes**

La demanda, la infraestructura y equipamiento

### **1.6 JUSTIFICACION E IMPORTANCIA**

El presente trabajo de investigación se llevara a cabo en el Subcentro de Salud el Bosque en el distrito de Santa Rosa-Lima, tomando en cuenta que el acceso a la salud es un derecho inalienable del ser humano a salud de la población hace en su esencia, a la ética, a la calidad de vida, al grado de desarrollo y a la viabilidad de esa población. El estado de la salud individual y colectiva en una sociedad condiciona de manera profunda e inalienable el concepto de salud humana y su significado e implementación, deben ser de extrema importancia en cualquier sociedad. evitable su desarrollo intelectual, económico, productivo y social.

### **1.7 LIMITACIONES**

El estado de la salud es un importante indicador del nivel de satisfacción de las necesidades básicas, representadas por el estado de calidez y calidad de: la alimentación, la cobertura médica, la vivienda, el trabajo, la educación y el ambiente. La imposibilidad de acceder a las necesidades básicas es sinónimo de deterioro de la salud y pronóstico de peligro y daño.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 ANTECEDENTES

En términos de Donabedian, la calidad del servicio debe interpretarse en dos dimensiones relacionadas e interdependientes: i) la dimensión técnica, que abarca la aplicación de conocimientos y recursos necesarios para solucionar los problemas del usuario y, ii) la dimensión interpersonal referida a la relación que se establece entre el proveedor y receptor del servicio (Ruelas Barajas 1993: 300). Es decir que además de aplicar los más óptimos juicios y métodos para satisfacer las necesidades del usuario, se debe generar una empatía entre los participantes de los procesos de compra o prestaciones del servicio. Juran Joseph es otro de los autores reconocidos en el tema, él planteó y difundió su trilogía de la calidad y con ello intentó crear conciencia acerca de lo importante que es planificar el proceso de calidad, hacer un control del mismo y más aún mejorarlo de manera continua a fin de poder enmendar o llenar los vacíos que podamos haber dejado en el camino (Arias s/a: 17). Según la Organización Mundial de Salud- OMS - se debe entender a la "calidad" como el uso adecuado de los servicios y diagnósticos médicos, teniendo en consideración al paciente, puesto que éste siempre llega al servicio con un background que debe ser escuchado y tomado en cuenta, a fin de lograr una atención sobresaliente y por ende alcanzar la satisfacción máxima del usuario (Fernández s/a). Para la OMS es indispensable correr el mínimo riesgo posible de efectos iatrogénicos como consecuencia de un tratamiento médico, por lo que pone énfasis en la atención del paciente. Varo (1994) menciona que el concepto de calidad tiene diferentes significados en el mundo empresarial, entre ellos señala que:



- Son las características del producto que satisfacen las necesidades del consumidor.
- La gestión de la calidad es una función directiva que se desarrolla a través de cuatro procesos: planificación, organización, control y mejora.
- Es una filosofía empresarial estrechamente relacionada con el marketing y los recursos humanos. Da lugar a un estilo de dirección y gestión, orientador de la empresa hacia el cliente interno y el fomento de su motivación, formación y participación. La calidad de los productos y procesos es el nexo de unión entre el cliente interno y cliente externo. Para diversos autores el concepto de calidad estaría ligado a la satisfacción y el valor. Varo, Indica también que la calidad percibida sería un antecedente de la satisfacción y ésta última sería importante pues servirá para reforzar la percepción de la calidad recibida. Para Oliver: “La calidad percibida considera al cliente como el único juez de la calidad, y la describe como el grado y la dirección de la discrepancia entre las percepciones del resultado y las expectativas del consumidor acerca del servicio” (Riveros y Berne 2003: 2). “la calidad del servicio produce beneficios porque crea verdaderos clientes, clientes que utilizarán la empresa de nuevo y que hablarán de la empresa positivamente con otras personas” (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 199, p.11). Berry, Bennet y Brown (1989) refieren que “Un servicio de calidad no es ajustarse a las especificaciones, como a veces se le define, sino más bien, es ajustarse a las especificaciones del cliente”. Por su parte Philip Crosby (1979) describe la calidad como: “el cumplimiento de normas y requerimientos precisos”; enseñó a la gerencia cómo establecer una cultura preventiva para lograr realizar las cosas bien y a la primera. Consideraba que cuando se exige perfección ésta puede lograrse, pero para hacerlo la alta

gerencia tiene que 35 motivar a sus trabajadores. De esta manera planteaba la importancia de las relaciones humanas en el trabajo. Es importante tomar en cuenta al personal, el compromiso que ellos mantengan con la institución se verá reflejado en el servicio que brindarán a los usuarios y por ende del éxito de la calidad en la atención. En ese sentido, la “calidad interna” de la organización es parte importante en el proceso de producción, ya que el resultado de la atención al cliente es la suma de todas las etapas que intervienen en el servicio brindado, por lo cual “Una organización con un recurso humano competente, y consciente de su compromiso con la calidad, puede destacarse como poseedora de una muy significativa e importante ventaja competitiva”. (Torres 2009: 25). La calidad del servicio adopta un valor para el cliente cuando éste compara lo que desea o espera, con lo que recibe o percibe que recibe, este valor es la “discrepancia entre las percepciones de los consumidores de los servicios recibidos de una empresa en particular y sus expectativas acerca de la oferta de las empresas en tales servicios”, como resultado de “una comparación entre lo que considera debe ser el servicio ofrecido por la empresa (sus expectativas), y su percepción del resultado de los prestatarios del servicio”(Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1988: 12-40). El resultado de esta discrepancia está en función de “la magnitud y dirección del desajuste entre servicio esperado y servicio percibido” (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1985: 46); donde, las expectativas<sup>5</sup> son los “deseos o necesidades de los consumidores, por ejemplo, lo que siente que debe ser entregado por un proveedor de servicio antes de lo que podría ser ofrecido” (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1988: 17), y las percepciones son el resultado de la comparación que el cliente hace del desempeño del servicio recibido. De lo expuesto se concluye que “los juicios de alta o baja calidad de servicio dependen de cómo perciben los consumidores el resultado actual del servicio en

el contexto de lo que esperaban” (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1985:46); de esta manera el cliente sentirá que ha recibido un servicio de calidad cuando su percepción de la prestación requerida sea igual o mayor a sus expectativas y, por el contrario será calificado como malo si sus expectativas no fueron cubiertas. 5 Para Parasuraman (1988) el término expectativa utilizado en la literatura de calidad de servicio es considerada como deseos de los consumidores, es lo que sienten que el proveedor debería darles. 36 II.

La atención con calidad define el punto en donde confluyen la satisfacción del paciente/cliente, el deber ser de la práctica profesional y la más óptima utilización de los recursos.

Esta atención en salud a los usuarios debe estar relacionada siempre:

- Con la Eficacia: deben seleccionarse la tecnología: los medios y las prácticas que hayan probado tener la mayor capacidad de obtener resultados, en estudios controlados y suficientemente representativos, distinguiendo siempre el “Beneficio Máximo Concebible”, pero limitaciones de la tecnología y el conocimiento existente, para poder delimitar con claridad los estándares de desempeño posible máximo alcanzable”.
- Con la efectividad: el desempeño observado debe compararse contra el máximo alcanzable, con el propósito de analizar los factores que lo afectan negativamente, generalmente ligados a deficiencias en la utilización de los recursos, en el diseño de los procesos o en el desempeño del recurso humano, con el propósito de desatar las acciones de mejoramiento adecuadas. Los estándares deben ser fijados por encima del desempeño observado pero por debajo o igual a los que definen con la eficiencia: los resultados deben alcanzarse con el mínimo costo, y el mínimo de afectación de la efectividad.

## **Cultura de la Calidad**

Para Humberto Cantú define la cultura de la calidad: "Tratan definición precisa que involucre todos los aspectos que conlleva una cultura de calidad,

Es el conjunto de valores y hábitos que posee una persona, que complementados con el uso de prácticas y herramientas de calidad en el actuar diario, le permiten colaborar con su organización para afrontar los retos que se le presenten, en el cumplimiento de la misión de la organización. Valores y hábitos son aquellas impresiones profundas que se tiene sobre la forma en que se vive, sobre lo que se considera correcto o Modelo Propuesto ahora bien sabemos que la cultura de calidad no es un hecho espontáneo que sucede solo porque nosotros queremos que suceda. Es más bien un proceso por medio del cual la organización eleva su nivel de eficiencia y productividad en el trabajo.

## **Enseñanza**

Como cualquier metodología o idea que sea de reciente introducción se hace imperativo el hecho de transmitir o enseñar el cómo se debe de llevar a cabo dicho cambio. Por medio de seminarios, talleres y juntas la metodología del cambio será trasladado de manera apropiada.

También hay que tomar en cuenta a las personas responsables de ceder el conocimiento. Éstas deben de contar con el entrenamiento previo adecuado, así como mostrar una actitud positiva y enérgica dirigida al cambio en la organización. El gasto en el que se incurre al momento de entrenar a los empleados es una inversión que rendirá frutos en un lapso de tiempo variable, dependiendo del tamaño de la organización sobre la cual se desea trabajar.

No solamente deben enseñarse metodologías, se debe transmitir ciertas herramientas de calidad así como la pertinente explicación de su uso, también ciertos hábitos a seguir con el fin de modificar la conducta del individuo en el trabajo. Los hábitos principales sobre los cuales la enseñanza se debe de enfocar son: la mejora continua, la responsabilidad en el trabajo, prevención de errores, hacer bien el trabajo en el primer intento, la planeación de actividades y consistencia en el cumplimiento de compromisos.

### **Interacción**

Una vez llevada a cabo la enseñanza de metodología sobre la cual se va a trabajar, se lleva a cabo la interacción, es decir la constante comunicación con el personal y el reforzamiento de los conocimientos aprendidos previamente. Durante esta etapa se debe tener muy en cuenta que la interacción debe de ser continua y supervisada de tal suerte que cuente con el personal apropiado para transmitir el mensaje.

### **Delegación**

La delegación no es más que un proceso mediante el cual se le asigna tareas al empleado que puede hacer por sí mismo sin necesidad de que otra persona esté involucrada o vigilando el proceso. Las principales bases de la delegación son la comunicación, confianza y la capacitación efectiva de las labores que se van a realizar. En este punto se está seguro que la persona tiene la suficiente capacitación para llevar a cabo lo que se le encargó. No significa pérdida de poder sino más bien, confiar en el empleado para que su proceso de la cultura de calidad tenga poder de decisión. En esta fase es necesario tener cuidado para no cometer el error de creer que las personas se encuentran preparadas para tener poder absoluto sobre sus decisiones y comportamientos siempre

encaminados a mejorar el nivel de calidad de la empresa. Mediante círculos de calidad y reuniones semanales o mensuales es posible constatar que los empleados han entendido el concepto de delegación

### Últimas Consideraciones

Es difícil poner en práctica en su esplendor la cultura de calidad en las organizaciones. Es un proceso de mucha duración en el cual no se tiene una fecha en la que se diga:

“listo, terminé”. Más bien el proceso continúa indefinidamente, ya que como se expuso anteriormente, la capacidad del ser humano de cambiar su cultura está basada en una decisión, la que se apega a sus forma de advertir del medio ambiente en el que se desenvuelve.

En las últimas décadas las sociedades han mostrado un interés constante en temas de calidad. Las empresas como organización van dejando de ser el universo económico que orientaba su producción a la óptica de ventas y mercado, para convertir al consumidor en su verdadera razón de existir. Es así que hoy en día las empresas tanto de productos como de servicios, buscan satisfacer las cada vez más exigentes expectativas de sus clientes, dando lugar a que el termino calidad evolucione y adopte diferentes conceptos según sea el tema a tratar. Atrás quedaron los años en que la calidad estaba ligada al control de la producción de un producto, hoy en día también debe intervenir en todos los pasos de una compra. Cuando se intenta analizar el tema se puede encontrar diferentes modelos y enfoques. Si se habla de cambios, el campo de la salud no ha sido la excepción; ahora los pacientes son más exigentes, producto de la abundante información que recibimos y las diversas ofertas de servicio a las que tenemos acceso, eso nos permite comparar y calificar los servicios que

recibimos. Y es que tanto usuarios internos y externos tenemos una idea de lo que se supone debe ser brindar y recibir un servicio de calidad en un establecimiento de salud, y por lo general esta idea de calidad está relacionada con la forma en la que nos gustaría ser atendidos nosotros y nuestros seres queridos, esto es: i) recibir una atención cordial, ii) encontrar solución al problema que nos aqueja, iii) recibir un trato respetuoso y humano; iv) disponer de infraestructura y equipos adecuados; v) recibir información oportuna, vi) encontrar un ambiente agradable, entre otros. Que se cubra las expectativas del usuario externo depende en gran parte de los actores responsables de la provisión de servicios en los establecimientos de salud, es decir los usuarios internos (administradores y usuarios internos propiamente dichos - personal médico, asistencial y trabajadores de los diferentes servicios -y que lo logren depende del desarrollo de sus conocimientos, técnicas y actitudes en el ámbito que les compete. Por ello, es necesario que los usuarios internos que están en contacto directo con los usuarios externos tengan cubierto sus expectativas personales, profesionales y labores (que en parte depende del establecimiento donde labora); para que puedan enfocar sus objetivos a la realización de un trabajo de calidad, que haga de esta "calidad" un valor ineludible dentro de la organización y con ello lograr la satisfacción del usuario externo. En la literatura sobre calidad del servicio, el concepto "calidad", está referido a la "calidad percibida", es decir al "juicio global, o actitud, relacionada con la superioridad del servicio" que finalmente es una superioridad subjetiva del servicio, que al compararla puede ser valorado como más alta o más baja respecto a la superioridad relativa de sus bienes y/o los servicios sustitutos (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1988: 12-40); puesto que en el caso de los servicios, la calidad es lo que el cliente percibe (Grönroos, 1994:35) y juzga en función a lo que él

desea (Devlin y Dong, 1994: 5-13) de la transacción en un “encuentro” específico” (Bitner, 1990: Bolton et al. 1991), pero su condición de intangibilidad hace que la determinación de su calidad no pueda evaluarse del mismo modo que los productos tangibles (Parasuraman, Zeithmal y Berry, 1985:41-50) . En el país, se han realizado diferentes estudios sobre la gestión y calidad de la prestación de los servicios a efectos de realizar una visión analítica de los aspectos que los caracteriza y las deficiencias de las cuales pudieran estar adoleciendo; y que fueron percibidas por los usuarios (externos e internos). Según los resultados de las investigaciones acerca de la calidad de atención en el Servicio de Consulta Externa de Obstetricia, en cinco Hospitales Públicos de Lima Metropolitana y el Callao, Tipacti (2000), manifiesta que de un total de 470 pacientes, al 80% le molesta la pérdida de tiempo y las colas. Por otro lado, Del Castillo (1997) en su trabajo “Calidad de Atención en el Servicio de Obstetricia del Hospital Arzobispo Loayza:

Enfoque desde el punto de vista del paciente”, menciona que de un total de 150 pacientes, el 80% manifestó total satisfacción con la atención recibida, sin embargo el 33.3% estuvo poco o nada satisfecho y el 16.7% refirió estar moderadamente satisfecho (Liza 2007: 16-17). El giro en la óptica empresarial, ha permitido que los conceptos (definiciones) también evolucionen y no se limiten a las llamadas organizaciones no lucrativas, tal es el caso de los establecimientos públicos como los CERITS, que no tienen un cliente que compra productos; pero si tienen usuarios a quien se le brinda servicios (muchas veces de manera gratuita). El termino rentabilidad también ha sido ampliado a la realización de objetivos que no necesariamente son financieros, sino como en el caso de los CERITS están orientados a la prevención de las ITS y VIH/SIDA. En función a ello, y considerando que en la presente investigación presentamos



teorías y modelos orientados a las organizaciones lucrativas y que en nuestra consideración es posible adaptarlas a las organizaciones no lucrativas, nos tomamos la libertad de asumir como sinónimos (y utilizarlos de manera indistinta) los nombres de aquellos conceptos que pueden ser equivalentes en ambas organizaciones, entre estos nombres tenemos: i) cliente, usuario, paciente, usuario externo; ii) trabajador, empleado, personal de salud, usuario interno; iii) empresa, centro de apoyo, organización, establecimiento de salud, CERITS; iv) otros. Asimismo, diferentes autores utilizan indistintamente el término “satisfacción” y “calidad percibida”; y los consideran conceptos iguales; sin embargo, literatura especializada estudia ambos constructos de manera diferente sin dejar claro si la satisfacción es un antecedente o un consecuente de la calidad del servicio, ya que en términos de evaluación, se considera que la satisfacción tiene como antecedente las expectativas relacionadas con las necesidades y preferencias del paciente y que puede ser cambiada en cada transacción. En el caso de la calidad percibida, la comparación se realiza con expectativas más próximas a lo que el paciente desearía que sucediera, y estas expectativas se forman durante experiencias previas a la recepción de esos servicios sin requerir necesariamente la experiencia del paciente, por lo que se le considera una evaluación más estable. Tomando como referencia lo señalado y considerando que la normatividad nacional hace uso de estos dos términos sin establecer diferencia alguna; en la presente investigación nos tomamos la libertad de manejarlas de manera indistinta”. II.

. LOS SERVICIOS Berry, L. Bennet, C. y Brown, C. (1989), definen al “servicio” como un proceso, una actividad directa o indirecta que no produce un producto físico, sino más bien es una parte inmaterial de la transacción entre el consumidor y el proveedor. Puede entenderse también como un conjunto de

prestaciones accesorias de naturaleza cuantitativa o cualitativa que acompaña a la prestación principal. Para Kotler (2001: 464): “Un servicio es cualquier acto o desempeño que una persona ofrece a otra y que en principio es intangible y no tiene como resultado la transferencia de la propiedad de nada. La producción del mismo podrá estar enlazada o no a la de un bien físico”. Por su parte Zeithaml (2002: 15) refiere que: Un servicio no es un elemento físico en su totalidad, sino que es el resultado de las actividades generadas por el proveedor para satisfacer al cliente, y que posee tres características típicas: • Intangibilidad: Característica muy distintiva de los servicios, debido a que son acciones o ejecuciones en lugar de objetos; lo que significa que muchos servicios no pueden ser verificados por el consumidor antes de su compra para asegurarse de su calidad. No es posible tocarlos, verlos, sentirlos de la manera en que se percibe algo tangible. En lo que respecta a los servicios de atención para el cuidado de la salud, el paciente puede ver y tocar los instrumentos y equipos con los cuales es atendido, pero no puede ver ni tocar el servicio que corresponde al cuidado de su salud (el servicio en sí). • Inseparabilidad: La producción y consumo de la mayoría de los servicios son inseparables (indisolubles). Se da cuando el cliente y el proveedor están interactuando, ya que un servicio primero se solicita y luego se produce, pero la solicitud y el consumo son simultáneos; es por eso que el cliente puede involucrarse y observar el proceso que envuelve al servicio en cuestión, y la actitud que tome respecto al servicio recibido (positiva o negativa) puede crear un nivel de expectativas para el resto de los clientes que se encuentren cerca. • Heterogeneidad: Esta característica de los servicios puede resultar muy difícil de controlar, especialmente los de alto contenido de trabajo, ya que resulta todo un reto para cualquier organización o grupo de personas, el asegurar un servicio con calidad sostenida, en el sentido de que los resultados de su prestación

pueden ser muy variables de productor a productor, de cliente a cliente, de día a día; puesto que depende de otros factores que en ocasiones se encuentran fuera del alcance del productor del servicio, donde la intervención de una tercera persona incrementa aún más la heterogeneidad del que se ofrece. 27 Los servicios poseen características que los diferencian de los productos por la forma en que son producidos, consumidos y evaluados. Estas características hacen que los servicios (a diferencia de los productos) sean más difíciles de evaluar y saber qué es lo que realmente desean los clientes. (Zeithmal, Valeri A. & Mary Jo Bitner, 2004: 31-90). Durante la consulta en un establecimiento de salud, se desarrolla una relación interpersonal, que de acuerdo a lo formulado por Dusek (2005, 18-26), esta relación es una “interacción de naturaleza conversacional que implica el intercambio de información verbal o no verbal entre dos o más personas participantes, en un contexto cara a cara”; donde “la fuente (emisor) puede utilizar la reacción de su receptor (quien recibe el mensaje de la comunicación) para verificar su propia efectividad y utilizarla como guía de sus futuras acciones. “Los receptores de la comunicación seleccionan y responden a los mensajes, en función a las imágenes que se han formado de las fuentes y a sus expectativas con relación al tipo de mensajes que estas fuentes habrán de emitir”. Haciendo referencia a Fernández (1999: 4) señala que la interrelación satisfactoria depende de:

- Conocer a sus receptores tan a fondo como sea posible;
- Elaborar el mensaje considerando las capacidades comunicativas del receptor;
- Estructurar los mensajes en forma clara y sencilla, proporcionar al receptor la información necesaria y suficiente, ni más ni menos;
- Utilizar la retroalimentación;
- Utilizar la redundancia; es decir, enviar el mensaje en distintas formas a través de diferentes medios;
- Comprender claramente la función de los roles en la interacción;
- Conocer con detalle las reglas de

comunicación aplicables en su contexto, y utilizarlas adecuadamente; • Emplear canales alternativos; y, • No olvidar que el principal responsable de que la comunicación se lleve a cabo exitosamente es el emisor 28 II.2.

LOS CLIENTES O USUARIOS DEL SERVICIO Cuando se habla de garantía y mejora de la calidad, producto de la evaluación de la calidad de los servicios de una empresa, que para esta investigación viene a ser el CERITS, es importante tener presente a sus dos actores principales: i) los usuarios internos conformado por los profesionales médicos, enfermeros(as) y personal técnico, que prestan los servicios de manera directa; y ii) los usuarios externos que viene a ser la población vulnerable conformada por los HSH y TS. Para Moreno (1998) los empresarios y administradores también forman parte de los actores que evalúan la calidad. En una organización todos tienen clientes a quienes se les presta un servicio o entrega un producto. El cliente puede ser el último usuario o alguno dentro de la organización. Conocer al cliente otorga mayores beneficios, ya que la calidad está definida por el cliente. Mejorar la calidad implica identificar lo que los clientes desean y que no están obteniendo, para de ser posible proveérselo (Ramírez, p.107). Albrecht y Bradford (1990: 30-31), consideran al cliente como la razón de existir de la empresa, porque es la persona que paga por recibir a cambio un producto o un servicio. Esta es la razón por la cual las empresas dirigen sus políticas, productos, servicios y procedimientos a la satisfacción de sus expectativas. Haciendo referencia a este mismo autor, Pérez (2006) señala que el grado de satisfacción del cliente establecerá diferentes niveles de intensidad en las relaciones entre él y la empresa. De esta forma se entenderá que haya compradores, clientes frecuentes y clientes fidelizados: • Los compradores: son las personas que representan la relación más débil, ya que acostumbran a adquirir uno o dos de los servicios, pero no tienen el hábito de

utilizarlos de forma regular; no existe una relación especial con los proveedores o la organización en sí misma. • Los clientes frecuentes: son las personas que tienen una relación normal con la organización, utilizan los servicios ofrecidos y se sienten cómodos al regresar por ayuda; ya tiene el hábito de utilizar dichos servicios. En caso la empresa incurra en un error, éstos les darán una nueva oportunidad, en caso se haya superado el inconveniente. 29 • Los clientes fidelizados: constituyen el nivel más alto en la relación de negocios, acuden a la organización para recibir un servicio o comprar un producto y además se sienten identificados con la organización, hablan con sus amigos y familiares sobre la empresa y les agrada recomendar nuevos clientes. Al referirse a la calidad de servicio, señala que una empresa que proporciona excelencia en la atención al cliente, todos son productos, todos son clientes, todos son proveedores; por lo tanto, todas las personas que la conforman son la base de la satisfacción dentro de la calidad y servicio. En este contexto se resalta la existencia y el papel desempeñado en la calidad de servicios de dos tipos principales de clientes: los clientes externos y los clientes internos. • Los clientes externos son aquellas personas que adquieren los productos y servicios ofrecidos. Son extraños o ajenos a la empresa y son la fuente de ingresos que sostienen las operaciones. • Los clientes internos son las personas que trabajan en la empresa y hacen posible la producción de bienes o servicios. Cada unidad, departamento o área es cliente y proveedora de servicios al mismo tiempo, garantizando que la calidad interna de los procesos de trabajo se refleje en la que reciben los clientes externos. De ahí que cuando las personas de una organización solicitan un servicio, lo que están pidiendo es apoyo, colaboración o una buena disposición para que se les brinde lo que necesitan. “La participación de ambas formas de clientes, unidas por un ambiente de trabajo de buenas relaciones y donde cada

persona se esmera por brindar servicios excelentes, permite el logro de la calidad en todos los niveles de la organización. De esta manera, la calidad interna se crea dentro de la organización, mientras que la calidad externa constituye la imagen que la organización presenta al mundo exterior". Albrecht (1998, p.30) refiere que el momento de la verdad en el ciclo de servicio: "es ese preciso instante en el que el cliente se pone en contacto con nuestro negocio y sobre la base de este contacto se forma una opinión acerca de la calidad del servicio". Refiere que hay momentos de la verdad críticos, que si no son atendidos rápidamente conducen con seguridad a la pérdida del cliente; en 30 esos momentos se pone en juego la reputación del servicio de toda la organización y la recuperación de la credibilidad de la misma. En lo que corresponde a los establecimientos de salud, por ejemplo, cuando el paciente (cliente externo) percibe amabilidad y limpieza en todo el entorno, esos factores se pueden convertir en momentos críticos de verdad en un instante, si no hay una percepción positiva del servicio que se le está proporcionando al paciente. Señala también que el contexto donde se brinda el servicio (ambiente) es el espacio colectivo de todos los elementos que se presentan durante el momento de verdad. Tanto el cliente externo e interno se aproximan a ese encuentro desde sus marcos de referencia individuales que dominan totalmente sus respectivos procesos de pensamientos, actividades, sentimientos y comportamiento, los que actuarán como un filtro de efecto poderoso sobre el significado que le asignan al momento de la verdad los individuos del servicio. Los insumos para el marco de referencia de cada uno de los clientes son: Cliente externo: • Experiencia anterior en nuestro negocio o en negocios similares. • Creencia sobre el negocio del cual hablamos. • Expectativas formadas por sus experiencias anteriores. • Actividades, creencias, normas éticas y valores que se han formado durante la

vida del cliente. • Recomendaciones y advertencias provenientes de otros clientes. Cliente interno: • Que le ha dicho la empresa que haga a su empleado. • Reglas y regulaciones establecidas para los empleados de servicio y los clientes. • El nivel de madurez emocional del empleado. • Expectativas del comportamiento del cliente basado en experiencias pasadas. • Actitudes, valores y creencias creadas durante la vida del empleado. • Herramientas y recursos utilizados para ofrecer el producto o servicio. El cliente cada día es más exigente en cuanto al valor que espera de los productos o servicios, su concepto de valor comienza con su actividad personal,

#### PROGRAMA DE CALIDAD DE SERVICIO: COMPONENTES DEL MODELO

Para diseñar el modelo de calidad de servicio, se ha partido de propuestas conceptuales y metodológicas en el tema validadas en instituciones públicas y privadas (1) en la región. Sin embargo, para garantizar su viabilidad y sostenibilidad en el tiempo, la elaboración de un modelo propio parte necesariamente de diagnósticos previos realizados con asegurados (cliente externo), pero también colaboradores de la institución (cliente interno) de modo tal que el modelo responda la misión y realidad institucional. Este es el caso del Programa de Calidad de Servicio de Essalud pues su formulación ha partido de la realización de estudios previos cuyos resultados son el principal aporte para la definición del mismo. Los insumos que ha considerado son los siguientes: • Registro de quejas en línea - SIAS • Encuesta de satisfacción de asegurados - DATUM ( Agosto – Septiembre 2007) • Estudio de cliente anónimo - IMASEN ( Diciembre 2007– Enero 2008) • Operativos, visitas, inspecciones • Elaboración de guías y de protocolos de atención- (Consultora de IT&GS) Los resultados de estos estudios garantizan el pleno conocimiento de la realidad asistencial y de

las expectativas y demandas de los asegurados que tienen que ser cubiertas satisfactoriamente por el modelo, pero también se recoge la perspectiva y propuestas concretas de los colaboradores para la formulación de las herramientas de gestión que darán viabilidad al mismo. El Programa de Calidad de Servicio de EsSalud consta de los componentes que presentamos a continuación. Programa de Calidad de Servicio EsSalud

1. Filosofía de servicio:
2. Sistema Integral de gestión de Calidad de Manual de Atención Al Asegurado

SubSistema de Capacitación Sub- sistema de Reconocimiento Sub- sistema de Monitoreo y Medición Los componentes son interdependientes pues el logro de la mejora de la satisfacción del asegurado con relación al servicio, requiere de la puesta en práctica de todos ellos. Estos son:

1. Filosofía de Servicio: Esta es la definición de la propuesta de valor al asegurado desde el servicio. Consiste en la definición de un modelo de atención y trato al asegurado propio y original que responde a sus expectativas, demandas, necesidades y percepción de calidad, pero que al mismo tiempo que refleja la identidad y misión institucional. Las organizaciones que destacan por su calidad de servicio es porque no imitan un modelo de atención sino que definen uno propio que los distingue y es reconocido como tal por sus clientes, en este caso los asegurados y su entorno. La filosofía de servicio parte por reconocer que espera el asegurado en materia de servicio para, a partir de ese conocimiento, definir un Promesa y unos atributos de servicio.
2. Sistema integral de Gestión de la calidad de servicio: Los componentes del sistema son los que permiten la estandarización del servicio y la sostenibilidad del proceso de mejora de los estándares de satisfacción. Manual de Atención al Asegurado: protocolos. Para que la filosofía de servicio se haga realidad en la práctica y se vuelva una cultura compartida por todos los colaboradores de la organización se requiere trasladar la promesa y atributos a



rutinas de servicio observables por el asegurado. En el caso de EsSalud esto se ha plasmado en la elaboración de protocolos y guías de atención para los servicios de primer contacto con los asegurados, comprendidos en el Manual de atención del asegurado. El diseño de estas guías y protocolos se ha realizado de manera participativa con la activa participación de colaboradores de dichos servicios. Ellos han identificado los momentos de verdad (momentos de contacto con los asegurados en el ciclo de servicio), los problemas y contingencias a los que están sujetos y, en función de este análisis han determinado una rutina que estandariza el atención optimizándola.

Sub sistema de Monitoreo y Medición. El sistema de monitoreo y medición tiene en este modelo la finalidad de proveer información sistemática y periódica a los servicios para que estos puedan constatar el nivel de avance y las oportunidades de mejora en sus equipos. Para eso se genera un sistema que contempla:

- La medición de la satisfacción del asegurado con la calidad de la atención bajo indicadores que están definidos a partir de la propuesta de valor (atributos de servicio). Por lo tanto, lo que se mide los son avances en el cumplimiento de la misma.
- Un sistema de reporte que garantiza que la información recogida llegue a todos los servicios para que estos puedan plantear sus medidas de mejora.

Sub sistema de Reconocimiento. El modelo contempla un sistema de reconocimiento a los mejores resultados y al esfuerzo desplegado por los equipos de servicio y de manera individual, para motivar la mejora continua. A continuación se presenta cada componente a detalle.

FILOSOFIA DE SERVICIO 4.1 EL RETO DE PASAR DE LA CALIDAD A LA EXCELENCIA EN EL SERVICIO. ¿QUE ES CALIDAD Y QUE ES EXCELENCIA PARA EsSALUD? Essalud tiene por objetivo mejorar los estándares de satisfacción de los asegurados con relación al trato y atención que reciben en los

diferentes centros y redes. En esta línea quiere ser reconocida no solo por la calidad científico- técnica de los profesionales de la salud que atienden a los pacientes y usuarios, sino por la calidad en la relación que construyen con los mismos en los momentos de interacción con ellos. Este propósito se plantea es un escenario marcado por el constante incremento en los niveles de exigencia de los asegurados fruto de su experiencia de consumo en el mercado que les permite elegir y comparar, pero sobre todo al mayor conocimiento y manejo de información que obtienen a partir del uso de nuevas tecnologías de la comunicación. Este aumento creciente de las expectativas y demandas de los clientes ha tenido como consecuencia la modificación del concepto de excelencia en el servicio y, sobre todo ha llevado a redefinir los factores que generan la misma e impactan en la percepción de los clientes. Si antes el objetivo era dar un servicio que cumpliera con los estándares mínimos esperados por los clientes, hoy eso es un requisito que no genera un diferencial. Por lo tanto, si el asegurado mejor informado experimenta una oferta variada y compleja orientada a darle valor agregado desde el servicio, el reto ya no es cumplir con las dimensiones básicas de la calidad, sino generar un diferencial a partir de una oferta de valor propio y original que responde a la identidad y misión de la institución. El nuevo objetivo es plantear un modelo de servicio, es decir de relación y comunicación con los asegurados, con sello propio, que responda a sus expectativas y demandas y que refleje y haga tangible desde el trato y la atención la identidad de la organización. Para definir la misma, el modelo parte del conocimiento de lo que el asegurado demanda y valora de la atención en Essalud. En este marco, el modelo de calidad de servicio de Essalud parte de las siguientes definiciones:

- Calidad y calidez en la relación (trato y atención) profesional- paciente (usuario): entendemos que brindar una relación de calidad

implica cumplir con las dimensiones y estándares mínimos bajo los que hoy se define la calidad de servicio en las organizaciones públicas y privadas. Las dimensiones de la calidad son: Servicio de garantía: atención siguiendo los protocolos establecidos libre de error. Respuesta oportuna: atención brindada en los tiempos pactados. Cordialidad en el trato: atención respetuosa y humanitaria. Información completa: se brinda toda la información que el asegurado requiere a lo largo del proceso de atención médica (antes, durante y después). Disposición: atención con buena actitud e interés por escuchar y entender y solucionar los problemas o inquietudes del usuario. Competencia: atención que refleja el profesionalismo del colaborador la misma que se traduce en la orientación que brinda al usuario cuando este lo requiere. • Dar valor agregado: este constituye el factor que marca la diferencia y genera un compromiso emocional en el asegurado que impacta en la imagen y reputación del servicio. Este valor agregado se dará en Essalud a partir de tres prácticas o rutinas: o Generar una experiencia única: proporcionar en el servicio detalles que exceden las expectativas en el asegurado, generando bienestar y sorpresa. o Empatía con el problema: escuchar al asegurado y hacerse cargo de su problema (“me comprometo a ayudarlo en la solución”). • Manejo de contingencia: saber qué hacer y qué decir cuando se presenta un error en el servicio para que el asegurado no quede insatisfecho. • Brindar un diferencial en el servicio: cumplir los protocolos de atención que permiten tangibilizar la propuesta de valor (promesa y atributos

**EXPECTATIVAS DE LOS ASEGURADOS.** Un servicio de calidad, bajo un estilo propio, parte necesariamente del conocimiento de las expectativas, necesidades y demandas de los asegurados. Por ello la atención y trato (relación con el asegurado) debe responder a las condiciones y características que ellos

demandan al contactarse con la institución. De acuerdo a los estudios realizados (2), los asegurados esperan del servicio:

- Amabilidad: el asegurado espera un buen trato, entendido como cordialidad, respeto, humanidad y equidad en la atención (“ser tomado en cuenta”).
- Disposición para ayudar: el asegurado espera una actitud de cooperación, interés y compromiso con la resolución de sus inquietudes y problemas.
- Orientación: el asegurado busca que el conocimiento del profesional de la salud se traduzca en una orientación adecuada y oportuna frente a sus inquietudes sobre los procesos a seguir o sobre su salud.
- Información sobre los procedimientos y resultados: el asegurado espera contar con información completa, accesible y clara a lo largo de todo el proceso de atención.

En conclusión, los asegurados coinciden en demandar que: “Todo el personal de Essalud muestre en la atención un buen trato, celeridad, accesibilidad y profesionalismo, atendiendo al asegurado con disposición, actitud humanitaria y equidad”. ¿A quiénes aplicará el programa de calidad de servicio? El programa de calidad de servicio busca mejorar la satisfacción de los asegurados, derechohabientes y de todas las personas que reciben prestaciones y/o atenciones de salud y sociales en nuestra institución. Tomando en cuenta no sólo a los que visitan nuestros centros asistenciales, sino también a los que llaman por teléfono o se contactan vía página Web.

**NUESTRA FILOSOFIA DE SERVICIO: PROMESA Y ATRIBUTOS.** La propuesta de valor al asegurado constituye la filosofía de servicio de la institución. Es decir los principios rectores bajo los que se prestará la atención y se construirá la relación con los asegurados. Parte de sus demandas y recoge la esencia de la misión institucional para traducirlas en dos componentes:

- Una promesa o compromiso con el asegurado, que es lo que ofrece la institución y a lo que obliga desde el servicio.
- Atributos o características que le ponen el sello

propio y diferencial al servicio que brinda EsSalud. A continuación presentamos ambas: Promesa: “Nuestro compromiso es darle el mejor servicio” Definición conceptual de la promesa: “En EsSalud somos un equipo humano comprometido con la mejora de la calidad de vida del asegurado al brindarle una atención cordial, accesible y profesional, que se distingue por nuestra disposición, actitud humanitaria y equidad en el trato” Esta promesa para hacerse realidad se sostiene en tres atributos o características que se deben mostrar y transmitir al asegurado, en el día a día. Estas características son las que harán al servicio único y diferente. Estas características son:

- Disposición para ayudar (Accesibilidad): Estamos atentos a las necesidades de los asegurados, mostrando interés, solidaridad y compromiso, con la resolución de sus inquietudes y problemas.
- Profesionalismo: Buscamos comprenderlos en sus necesidades y problemas y les brindamos orientación e información clara y completa ante sus requerimientos.
- Calidez (amabilidad): somos amables, cordiales, mostrando siempre actitud de servicio, respeto, equidad y trato humano.

MANUAL DE ATENCION AL ASEGURADO Para que la Promesa “Nuestro compromiso es darle el mejor servicio” y los atributos de disposición, profesionalismo y calidez se puedan llevar a la práctica es necesario plasmarlos en rutinas y conductas observables de servicio que los hagan visibles y tangibles para los asegurados, en los diferentes servicios. Estas rutinas y conductas de servicio esperadas, planteadas de manera sistemática para los momentos de contacto (“momentos de verdad”) con los asegurados, son la herramienta de gestión que sirve como pauta o guía para que los colaboradores puedan construir la nueva cultura de atención al asegurado por la que busca distinguirse la institución. EsSalud ha diseñado esta herramienta de gestión de la calidad de

manera participativa, involucrando en el diseño de las guías y protocolos a colaboradores de las áreas de primer contacto con el asegurado. Para ello, ha contado con el apoyo y conducción metodológica de la consultora especializada IT&GS, Información, tecnología y gestión de la Salud. La herramienta se denomina “protocolo de atención” y su desarrollo conceptual y metodológico se encuentra en el “Manual de Atención del Asegurado” (). Este no es un documento complementario, sino que forma parte del sistema de gestión de calidad de servicio que da soporte y viabilidad a la filosofía de servicio institucional. De acuerdo a lo planteado en el “Manual de atención al asegurado” (), los protocolos son “una herramienta de trabajo que estandariza las actuaciones de los profesionales en las situaciones en que la calidad percibida por el paciente puede ser cuestionada, bien por el contexto en que suceden, bien por el tema que trata o por la actitud del paciente” (). De manera el “Manual de atención al asegurado” señala que los protocolos buscan: <sup>TM</sup> “Formalizar y normalizar tareas y actividades relacionadas directamente con la atención al Asegurado, con la finalidad de brindar una ayuda práctica que les facilite el trabajo diario de los trabajadores de los servicios en que se focalizó el proyecto.” <sup>TM</sup> “Estandarizar su actividad diaria, obtener un trabajo más eficiente y eficaz en tiempo y forma, evitar inconvenientes a los pacientes, y resolver problemas más acorde a la normativa de ESSALUD”. <sup>TM</sup> “Establecer normas de actuación, que eviten la improvisación y que proporcionen la seguridad de que estamos dando un servicio de calidad”. <sup>TM</sup> “Tener una estructura común para atender, comprender y comunicarse con el Asegurado y, por otro tener una herramienta con pasos específicos a seguir por el trabajador dependiendo del Momento de Verdad en que se encuentre”. Para garantizar su viabilidad y adecuada respuesta a la realidad y condiciones institucionales, el “Manual de atención al asegurado” se

formuló con la participación de profesionales y técnicos de EsSalud de diferentes redes asistenciales, siguiendo un proceso que pasó por las siguientes etapas: • Se llevó a cabo un análisis de la calidad de la atención por establecimiento. • Se realizó la identificación de momentos de verdad en cada servicio (con la participación de profesionales que laboran en los mismos). • Se identificaron brechas y oportunidades de mejora. • Se realizó un mapeo de procesos de atención. • Con toda la información anterior se elaboraron los protocolos. El “Manual de atención al asegurado” contiene un protocolo general y protocolos específicos para los servicios que cuentan con puestos de primer contacto con los asegurados, es decir, aquellos que inciden fuertemente en su percepción de la calidad del servicio (es la primera impresión). El protocolo general es una estructura que servirá de guía para que cada servicio tenga la posibilidad de crear, confeccionar y/o perfeccionar sus propios Protocolos. Dicha estructura considera los tres momentos comunes en la atención del asegurado: 1. Bienvenida 2. Atención 3. Despedida

Protocolo durante la Bienvenida del asegurado:

1. Conserva el orden y organización de tu lugar de trabajo. Despeja tu escritorio y mantén sobre éste sólo el material que utilizas frecuentemente.
2. Establece contacto visual con el asegurado, sonríe.
3. Saluda respetuosamente, preséntate indicando tu nombre y demuestra interés por la otra persona.
4. Solicita amablemente al asegurado que se identifique. Desde este momento dirígete al asegurado por su nombre. Si te encuentras ocupado y no puedes atenderlo inmediatamente, expresa las disculpas pertinentes y manifiesta el tiempo de espera.
5. Consulta al asegurado el motivo de su presencia.
6. Pon atención a lo que éste expresa, escucha sin interrumpir. Ocasionalmente, asienta para que el asegurado perciba que está siendo considerado. Adquiere una actitud corporal acorde, sin distraerte en otros asuntos. Mantén una postura

erguida. 7. Cuida la expresión de tu rostro. Evita manifestaciones, gestuales y verbales, negativas. Aún cuando te resulte complejo lo que el asegurado solicita, evidencia tu disposición a apoyarlo e intentar resolver sus dudas o problemas. 8. Con el propósito de corroborar lo que ha expresado el asegurado, repite lo esencial de su mensaje. De esa forma tendrás total certeza de cómo ayudarlo. 9. Señala las alternativas de solución y orienta al asegurado en el procedimiento a seguir. 10. Brinda el espacio para que el asegurado formule dudas e inquietudes. 11. Se precisó en tus respuestas y, de ser necesario, elabora preguntas específicas que le permitan obtener información concreta, aclarando así aspectos confusos. Protocolo durante la Atención del asegurado:

1. Ocúpate de tu imagen personal, ofrece una apariencia armónica y grata.
2. Mantén una actitud de servicio.
3. Comprométete a entregar un buen servicio.
4. Si el asegurado se molesta, no lo tomes como un asunto personal. Recuerda que tu función es responder a los requerimientos de éste y facilitarle los procesos.
5. De ser necesario, ofrece disculpas.
6. Evita, bajo cualquier condición, entrar en discusión con el asegurado, concéntrate en el problema mismo y la solución de éste.
7. No pongas en duda la palabra del asegurado.
8. Comportate de forma diligente y eficiente, de esta forma evitarás aglomeraciones.
9. En el trabajo, intenta no dejarte influir por tus problemas personales o estado de ánimo.
10. Evita aquellas manifestaciones negativas o de desaprobación, verbales y corporales.
11. Asegúrate que el asegurado ha comprendido tus explicaciones.
12. Procura una correcta modulación y entonación de voz. Habla amistosamente.
13. No te precipites en tus respuestas, evita la impulsividad.
14. Dirígete al asegurado por su nombre y trátalo de "Usted".
15. Evita transmitir impaciencia y ansiedad, por el contrario muéstrate seguro (a) y confiado (a).
16. En caso de no poder dar solución a las inquietudes



del asegurado, remítelo a la Oficina de Atención al Asegurado (OAS). 17. Interésate y conoce lo que se realiza en otras áreas de tu lugar de trabajo, esa información te será útil al momento de relacionarte con el asegurado. Protocolo durante la Despedida del asegurado: 1. Asegúrate que el asegurado ha quedado conforme con el servicio prestado. 2. Consulta las inquietudes finales del asegurado. 3. Agradece la disposición del asegurado por los procedimientos seguidos y tiempo utilizado. 4. Expresa un mensaje de despedida cordial y explícita tu disposición para brindar ayuda en futuras oportunidades. La puesta en práctica de un “Manual de Atención al Asegurado” requiere de tiempo y dedicación por ello, la institución cuenta con un plan de despliegue y capacitación para garantizar que los colaboradores de los diferentes servicios los conozcan, los hagan suyos y puedan llevarlos a la práctica.

**SUB SISTEMA DE MONITOREO Y MEDICIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS ASEGURADOS** El éxito de un programa de calidad de servicio radica en que este cuente con un adecuado sistema de monitoreo y evaluación diseñado ad-hoc para la organización que mida de manera sistemática y periódica la satisfacción de los asegurados y el cumplimiento de los protocolos considerados en el “Manual de Atención al asegurado” que permitan estandarizar el servicio bajo un estilo propio que marca la diferencia. Por ello se ha diseñado como segunda herramienta de gestión del programa de calidad un sistema integral de monitoreo y evaluación de la calidad de servicio cuya información será la guía principal para implementar permanentemente medidas de ajuste y mejora para lograr la promesa “Nuestro compromiso es darle el mejor servicio” Este sub sistema considera tres componentes complementarios, como son: Indicadores: Se han definido un conjunto de indicadores o variables (ver anexos) para medir el cumplimiento de cada uno de los tres atributos que sostienen la promesa.

Estos indicadores de medición tienen asignado un peso específico en la medición y se han definido de dos maneras:

- Indicadores generales: a partir de los cuales se define todo el sistema.
- Indicadores específicos para los centros asistenciales: siguen el mismo parámetro y ponderación pero incluyen variables propias del centro asistencial que requieren ser evaluadas por su impacto en la satisfacción de los asegurados.

Herramientas de medición: Se han definidos dos tipos de herramientas para medir de manera sistemática la mejora de la calidad de atención y de los estándares de satisfacción de los asegurados. Las herramientas se han confeccionado en función de los indicadores generales y específicos antes señalados. Estas herramientas son las siguientes:

- Encuesta de satisfacción a asegurados: el objetivo de la misma es medir la satisfacción de los asegurados con relación a la atención recibida en los diferentes servicios. Para que la misma produzca resultados que permitan monitorear el avance en los estándares de servicio, esta deberá aplicarse trimestralmente (a la salida de los centros de atención y/o vía telefónica).
- Paciente anónimo: el objetivo es medir el cumplimiento del uso de las guías y la aplicación de protocolos consignados en el Manual de Atención al Asegurado. El detalle de ambas herramientas se encuentra consignado en los anexos.

Sistema de reporte y monitoreo de resultados. El sub sistema de medición cumple su función como herramienta de gestión de la calidad de servicio si se conocen los resultados a todos los niveles y permite a los mismos tomar decisiones para mejorar el desempeño. Por este motivo, el programa de calidad de servicio ha considerado, como factor de éxito del mismo, el incluir un sistema de reporte que brinde a las redes, a cada centro y a cada servicio información completa y clara que les permita:

- Conocer la evolución del estándar general: evolución comparativa de los estándares de todas las redes.
- Conocer la evolución del estándar de nuestro

servicio. • Identificar las fortalezas desarrolladas y las oportunidades de mejora de la calidad de atención en cada servicio. Por este motivo, el programa de calidad considera un sistema de reporte que considera los siguientes pasos, cada vez que finaliza un periodo de evaluación:

- Entrega de informes de resultados generales, históricos, por redes, centros de atención y servicios. • Reunión por cada red con los gerentes de los centros de atención y áreas involucrados para analizar resultados y recomendar medidas. • Reunión de gerentes con los jefes de servicios involucrados para analizar resultados y recomendar o adoptar medidas. • Reunión de los jefes con sus equipos para analizar resultados y adoptar medidas, de acuerdo a una rutina preestablecida. • Informe de jefes a las gerencias sobre la adopción y aplicación de medidas.

Adicionalmente, los jefes desarrollarán una labor cotidiana y sistemática de supervisión y monitoreo de la calidad de servicio en base a una rutina especialmente diseñada para tal fin que consta de los siguientes componentes:

- Sistema de evaluación de desempeño en servicio de cada colaborador (en base a una escala que se diseña a partir de los indicadores de medición ya establecidos y las pautas de conducta definidas por puesto). • Herramientas de entrenamiento en servicio en el puesto.

**SUBSISTEMA DE RECONOCIMIENTO.** Para que los colaboradores se comprometan con la mejora del servicio, el Programa de Calidad de Servicio considera un sub sistema de reconocimiento. Este subsistema tiene por objetivo motivar al colaborador a mejorar los estándares de atención y al mismo tiempo reconocer el esfuerzo desplegado en cada servicio. Para ello el subsistema propone:

- Reconocer las mejoras de desempeño por servicio en la satisfacción de los clientes: reconocimiento al equipo. • Reconocer las mejoras de desempeño individual en cada servicio que inciden en la satisfacción de los

clientes. Reconocimiento al equipo: Los servicios contarán con dos mecanismos de reconocimiento a la labor del equipo: a) Reconocimientos trimestrales: premio a la mejora. • Se otorgan trimestralmente en función de los resultados de la evaluación de satisfacción de los asegurados que se realiza con esa periodicidad (4 reconocimientos al año). • Se premia en función de los siguientes criterios: <sup>TM</sup> Servicio que queda en primer lugar en el ranking trimestral de satisfacción de asegurados (promedio de encuesta presencial o telefónica y paciente incógnito). <sup>TM</sup> Servicios que han mejorado más en sus estándares (premio al esfuerzo en base a un porcentaje a establecer) en los tres indicadores de medición del programa. b) Reconocimiento anual: premio a la constancia. • Se otorga anualmente al servicio que históricamente ha mantenido el mejor promedio.

Reconocimiento a los desempeños individuales: a) Reconocimientos trimestrales: • Reconocimiento trimestral a los mejores desempeños en función de los resultados de la evaluación de paciente incógnito que se realiza con esa periodicidad (sujeto a garantizar parámetros similares en el proceso). b) Reconocimiento anual a contribuciones destacadas: • Reconocimiento anual a colaboradores que han realizado acción destacada en beneficio de un asegurado y/o en sugerencia de mejoras, en función de indicadores de medición y otros parámetros que puedan establecerse ad-hoc. c) Reconocimiento o llamado de atención sorpresa: • Se otorgan de manera sorpresiva (no hay periodicidad determinada), inmediatamente después de la visita del paciente incógnito que detecta una práctica o desempeño destacado ó deficiente, en función de los indicadores de medición establecidos. • El paciente anónimo reporta inmediatamente los resultados de su visita al jefe y este felicita o llama la atención, el mismo día. Ambos son reportados al sistema de supervisión y

monitoreo que lleva periódicamente el jefe de cada uno de sus colaboradores (basado en una escala de evaluación de desempeño).

CALIDAD ASISTENCIAL - DONABEDIAN Donabedian (1984) señala que dentro de la producción de servicios de salud pueden reconocerse tres componentes: estructura, proceso y resultado. Ésta propuesta ha sido aceptada como base para clasificar los enfoques de los programas de calidad. Dichos enfoques podrían ser usados según las características de cada entidad a evaluar. Define la calidad de la asistencia sanitaria como el “nivel de utilización de los medios más adecuados para conseguir las mayores mejoras en la salud”. Más adelante la considera cómo “aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes” (Donabedian, 1980). Desarrolla su estrategia para evaluar la calidad asistencial basada en los conceptos de Estructura, Proceso y Resultado, que hoy constituyen el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud. La estructura, comprende al conjunto de recursos humanos, materiales, financieros, y su organización global; No necesariamente una buena estructura garantiza un buen resultado, pero es una condición necesaria. El Proceso abarca el conjunto de actividades que los profesionales realizan para el paciente (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación), así como la respuesta de éste a dichas actividades. El proceso está más ligado a los resultados que la estructura; la mejor manera de asegurar un buen resultado es actuar sobre los procesos sanitarios, mejorando el trabajo de los profesionales. La fuente de información más utilizada para la evaluación del proceso es la documentación

clínica. El resultado es el cambio del grado de salud del paciente, y su grado de satisfacción ante la atención recibida. También pueden considerarse elementos de resultado los conocimientos adquiridos y la mejora en la calidad de vida. Existen resultados del proceso sanitario que no deben confundirse con los resultados de salud (número de pruebas solicitadas, por ejemplo). (Donabedian, 1966: 166-203). Entre las aportaciones al estudio de la calidad asistencial que realiza Donabedian (1989: 103), está la identificación de tres componentes durante el proceso de la atención que facilitan su evaluación: El componente técnico, 37 relacionado con aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo diagnóstico y tratamiento correcto del paciente de forma que el servicio brindado rinda el máximo beneficio sin aumentar riesgos. Por otra parte, el componente interpersonal, tiene que ver con la relación entre el paciente y el proveedor del servicio (médicos, enfermeras, personal técnico, recepcionistas, otros) y; las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Este componente tiene gran importancia ya que a través de la relación interpersonal el paciente brinda la información al médico para llegar al diagnóstico y otorgar la atención adecuada, y por su parte el médico comunica al paciente la gravedad de su enfermedad y el tratamiento a recibir. La relación interpersonal permite al paciente formarse una idea del manejo de la discreción, la intimidad, la elección informada, el cuidado, el trato, la responsabilidad, la confianza, la empatía y la sensibilidad, entre otros. La relación interpersonal puede condicionar el éxito de la actuación técnica empleada. Finalmente, considera un tercer componente que lo constituyen los aspectos de confort, es decir, los elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable; es la expresión de la importancia que tiene para la asistencia el marco en el cual ésta se desarrolla. Asimismo señala que la relación entre estos

tres componentes conforman un conjunto de atributos que caracterizan al servicio de salud y determinan la calidad atención médica. Según Moreno (1998), en los últimos años se ha dado prioridad a los enfoques relacionados con los procesos y resultados, ya que el enfoque estructural es el que menos información real emite en cuanto a calidad de servicios se refiere. Sin embargo se considera importante fusionar los tres enfoques de manera tal que se logre una evaluación a todo nivel y así identificar los posibles errores que se estén realizando en temas de calidad y proponer las medidas más indicadas a fin de corregir dichos deslices. A continuación se describen los tres tipos de enfoques y las metodologías que cada uno utiliza.

#### MODELOS DE CALIDAD DEL SERVICIO II.5.1. MODELO DE GRÖNROOS

Para Grönross (1984: 18, 36-44) los servicios “son básicamente procesos más o menos intangibles y experimentados de manera subjetiva, en los que las actividades de producción y consumo se realizan de forma simultánea. Se producen interacciones que incluyen una serie de “momentos de verdad” entre el cliente y el proveedor del servicio. Lo que sucede en estas interacciones comprador – vendedor tiene un efecto fundamental en el servicio percibido”. De acuerdo a su tradición europea, sostiene que es importante diferenciar entre la calidad técnica (que se da), la calidad funcional (cómo se da) y la imagen corporativa para evaluar la calidad de los servicios:

- La calidad técnica o resultado del proceso de prestación del servicio: está determinado por lo que el cliente recibe, qué se ofrece en el servicio, es decir, por las características propias del servicio recibido (horario de atención, rapidez en la atención, tiempo de atención por el especialista, etc.)
- La calidad funcional o aspectos relacionados con el proceso: se refiere a cómo se presta el servicio, es decir cómo es la interacción del cliente con el personal que le presta el servicio, ya

que al cliente también le afecta la forma en que recibe el servicio (aparición física y emocional del personal de salud, etc.). • La calidad organizativa o imagen corporativa: determinada por lo que perciben los clientes de la entidad, como resultado de la calidad técnica y funcional. Para Grönross (1994), la calidad está relacionada con lo que percibe el cliente del servicio basado en sus anteriores experiencias, imagen que puede influir de una manera favorable o desfavorable. Si el proveedor tiene una buena imagen para el cliente, es probable que este deje pasar errores menores, y si por el contrario, su imagen es negativa los errores menores serán maximizados. Grönross (1984: 36), concluye que la calidad del servicio es el resultado de la evaluación, denominada calidad de servicio percibida, donde el cliente compara sus expectativas con su percepción del servicio recibido. El servicio esperado, está formado por diferentes factores que influyen directamente en las expectativas; por lo tanto es conveniente desarrollar un sistema de comunicación adecuado entre la empresa y los clientes. Es el personal que está directamente en contacto con los clientes quienes se convierten en el primer canal de comunicación del servicio que se presta (forma, costo, tiempo, etc.), de los 39 inconvenientes que se pueden producir con o por esa prestación y cómo estos pueden ser resueltos. II.5.2. PARASURAMAN, ZEITHAML Y BERRY (1985) Tomando como referencia el modelo de Grönroos (1978, 1984), Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985: 45-50) quienes realizaron sus investigaciones, y bajo la tradición norteamericana formularon su modelo conceptual denominado “el Modelo de los Cinco Gaps” o “Modelo de las Discrepancias”. Presenta cinco gaps o desajustes identificados que serían el origen de las fallas de las políticas de calidad, que en palabras de los autores dice “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 posibilidad de ofrecer un servicio que sea percibido por los clientes como de alta calidad” (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985: 44). El déficit de calidad en el cual consideran que existe una calidad esperada (expectativas) y una calidad percibida (percepciones) se pueden identificar en cuatro factores que implican ausencia de calidad, y donde la organización debe centrar su atención. Estos son:

- Gap 1: Discrepancia entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos. Se presenta cuando los directivos desconocen las expectativas de los usuarios, es decir, desconocen lo que éstos buscan; se evidencia una comunicación vertical en la empresa, excesivos niveles jerárquicos de mando.
- Gap 2: Discrepancia entre las percepciones de los directivos y las especificaciones o normas de calidad. Esto se refleja cuando la organización no puede responder a las expectativas de los usuarios a pesar que éstas son conocidas por los directivos ello debido a errores en el establecimiento de las normas o estándares para el cumplimiento de las tareas, falta de compromiso con la calidad del servicio, sensación de inviabilidad para el cumplimiento de las expectativas del cliente, ausencia de objetivos claros, otros.
- Gap 3: Discrepancia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del mismo. Reflejado en la mala prestación de los servicios, aun cuando se conocen las expectativas de los usuarios y se cuenta con las normas de calidad apropiadas. Esta situación es posible de presentarse cuando el servicio demanda una labor humana intensa que la vuelve susceptible a los errores voluntarios o involuntarios, entre ellos: ambigüedad de funciones, conflictos funcionales, desajuste entre los empleados y sus funciones, desajuste entre las tecnología y las funciones, sistemas inadecuados de supervisión y control, falta de control percibido y ausencia de sentido de trabajo en equipo.

Gap 4: Discrepancia entre la prestación del servicio y la comunicación externa. Se presenta cuando no se cumple lo que se promete realizar lo que influye negativamente en la percepción que el cliente tenía sobre el servicio recibido, ello como consecuencia de la deficiencia en la comunicación horizontal en las diferentes áreas de la empresa, por prometer demasiado a los clientes. • Gap 5: Discrepancia entre las expectativas del consumidor sobre la calidad del servicio y las percepciones que tiene del servicio. Este último se produce como consecuencia de los anteriores, que para los autores es el único patrón de medida de la calidad del servicio. La expresión del modelo es la siguiente:  $Gap5 = f(Gap1, Gap2, Gap3, Gap4)$  Los autores como una extensión a su primer trabajo empírico, presentaron un modelo ampliado de la calidad, donde la calidad del servicio percibida por el cliente depende del tamaño y dirección del Gap 5, que a su vez depende de la naturaleza de los cuatro primeros Gaps asociados con la entrega de calidad en el servicio en el lado del proveedor del servicio. A su vez, cada una de las deficiencias organizacionales (cuatro primeros Gaps) tiene su causa en una serie de factores relacionados con esa deficiencia. Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988), identificaron diez dimensiones de la calidad del servicio, que determinaron a los cuatro primeros Gaps, los cuales tienen un determinado nivel de importancia en función del tipo de cliente y servicio. Las dimensiones identificadas fueron: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, profesionalidad, cortesía, credibilidad, seguridad, 41 accesibilidad, comunicación y comprensión del cliente. Manifiestan que estas dimensiones no necesariamente son independientes unas de otras (Zeithmal, Parasuraman y Berry 1993, 26).

EL MODELO SERVQUAL Tras una investigación Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988, 1991: 420-450), bajo el concepto de calidad percibida, desarrollaron un

instrumento de medida llamado SERVQUAL (palabra conjunta que se derivan de la palabra Service Quality) que permite evaluar por separado las expectativas y percepciones del cliente a partir de cinco categorías (producto de la correlación las diez dimensiones que identificaron para medir la calidad del servicio):

- Elementos tangibles: referida a la apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación;
- Fiabilidad: habilidad relacionada con la prestación del servicio prometido de modo fiable y cuidadoso;
- Capacidad de respuesta: referida a la disposición del personal para ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido;
- Seguridad: conocimiento y atención y habilidades mostradas por los empleados para inspirar credibilidad y confianza; y,
- Empatía: esfuerzo por entender la perspectiva del usuario mediante la atención individualizada.

La extensión de su primer modelo, que denominaron SERVQUAL se observa en la siguiente figura: 42 FIGURA Nº 1

Orientación de la investigación de Mercado Comunicación Ascendente Niveles de la Gestión Dedicación de la Gestión a la Calidad del Servicio Cumplimiento de Objetivos Estandarización de las Tareas Percepción de Viabilidad Trabajo en Equipo Función adecuada al Empleado Control Percibido Sistemas de Control de Supervisión Conflicto del Papel Desempeñado Antigüedad del Papel Desempeñado Comunicación Horizontal Propensión a Comprometerse Mucho Función adecuada de la Tecnología GAP 1 GAP 2 GAP 3 GAP 4 GAP 5 (Calidad del Servicio)

TANGIBILIDAD GARANTIA EMPATIA FIABILIDAD SENSIBILIDAD Fuente:

Adaptado de Zeithaml, Berry y Parasuraman (1988). "Communication and Control Processes in Delivery of Service Quality". Journal of Marketing, vol. 52.

MODELO EXTENDIDO DE CALIDAD DEL SERVICIO El SERVQUAL es en la actualidad el instrumento más completo para evaluar la satisfacción del cliente. Sus creadores lo diseñaron en un principio para un gran estudio de calidad del servicio realizado en los 90's en los Estados Unidos, desconociendo que más tarde se convertiría en un instrumento muy conocido y utilizado en todo el mundo. Los autores concluyen que los factores determinantes de la calidad del servicio encontrado, implican principalmente la comunicación y los procesos de control, que deben ser analizados a través de datos cuantitativos de estudios exploratorios. 43 A pesar que diferentes autores señalan que el modelo tiene deficiencias o no es exacto porque se basa en expectativas y percepciones más no en actitudes, la escala SERVQUAL ha sido validada empíricamente por una amplia variedad de servicios (Buttle, 1996: 8-32). A nivel nacional, en diferentes encuestas realizadas en el campo de la salud se ha utilizado este instrumento.

II.6.

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD El Sistema de Gestión de la Calidad es un conjunto de acciones coordinadas que pretenden llevar a la institución a obtener como resultado de su servicio o producto una mayor satisfacción tanto al usuario como al que lo provee (Varo; 1994: 19). Este sistema, se realizará a través de la planificación, control y mejora de la calidad (Juran 1979). En la etapa de Planificación se determina quiénes son los clientes, cuáles son sus necesidades y como es el producto que responde a éstas. Se desarrolla los procesos para producir ese producto y se transfiere los planes resultantes a las fuerzas operativas. El Control permite evaluar el comportamiento real de la calidad frente a los objetivos establecidos, para actuar sobre las diferencias. La Mejora de la calidad, permite elevar el nivel de la calidad, bajo los supuestos de que el nivel de realización no ha sido alcanzado antes y que el cambio no es

resultado de la casualidad sino de una decisión. Según Varo: El conocimiento de la opinión del cliente sobre los servicios recibidos es una vía para mejorar la calidad de las prestaciones y la propia imagen del establecimiento de salud. La satisfacción del usuario es el objetivo y el resultado de la asistencia sanitaria y una medida útil de su calidad". La gestión de la calidad debe tender a garantizar la condición del servicio global, de forma que todas las necesidades de cualquier usuario queden satisfechas. (1994: 20). Así también, se menciona a William E. Deming, a quien se le atribuye el desarrollo de la "Gestión de la Calidad Total", "Mejoramiento Continuo de la Calidad" y la difusión de 14 principios gerenciales de la calidad. Entre dichos principios podemos resaltar los referidos al tema de calidad en el servicio: "Crear constancia en el propósito de mejorar productos y servicios", "Instituir la capacitación en el trabajo", "Derribar barreras entre los departamentos. Trabajo en equipo", entre otros (Liza 2007: 25). 44 En términos de Varo (1994), calidad total es una filosofía empresarial que involucra una estrategia de cambio en la organización y un modelo de gestión, apoyado en tres pilares:

- Orientación al cliente. Basada en el conocimiento de los clientes y sus necesidades y en el diseño y producción de los productos que las satisfagan.
- Liderazgo en costes de producción. Fundamentado en la correcta realización de todas las actividades todas las veces y desde la primera vez y en la reducción de los costes de calidad con el objetivo (cero defectos) como estándar de calidad.
- Orientación al cliente interno, Cimentado en la motivación, participación y formación de los trabajadores, el marketing interno y el servicio al cliente interno.

Para el Ministerio de Salud (2006), el Sistema de Gestión de Calidad de la Organización de la Salud contiene diversos procesos que han sido agrupados en lo que dicha entidad denomina Componentes de la Calidad, siendo estos: 1)

Planificación para la Calidad, 2) Organización para la Calidad, 3) Garantía y mejora, y 4) Información para la Calidad. II.7.

APLICACIÓN DE CONCEPTOS DEL MARCO TEORICO EN LA PRESENTE INVESTIGACIÓN En función a lo anterior, consideramos que los servicios prestados por los CERITS, son el resultado de las actividades generadas por el personal de salud y que en principio, son intangibles porque no pueden tocarse; su producción y consumo son inseparables, porque se dan de manera simultánea; y son de difícil control puesto que los resultados de su prestación pueden ser heterogéneos, es decir, muy variables de productor a productor, de paciente a paciente, de día a día, ya que dependen también de otros factores que en ocasiones se encuentran fuera del alcance del productor del servicio, y donde la intervención de una tercera persona incrementa aún más la heterogeneidad del servicio que se ofrece. Debido a que los servicios son acciones que no pueden ser verificados por el usuario antes de su compra para asegurarse de su calidad, la actitud que él tome al recibir un determinado servicio, puede crear un nivel de expectativa para el resto de los usuarios externos que se encuentren cerca. 45 Los servicios del CERITS, por la forma en que son producidos y consumidos, son difíciles de evaluar, ya que responden a las expectativas del paciente en función al tipo de mensajes que los proveedores de los servicios emiten, y a las imágenes que se forman de estos últimos durante la prestación del servicio. Por tanto una interrelación satisfactoria depende principalmente de: i) conocer lo más que se pueda al paciente; ii) desarrollar una comunicación de distintas formas y considerando las capacidades del paciente; iii) retroalimentarse de las experiencias previas; y, iv) no olvidar que el responsable del éxito de la comunicación es el proveedor del servicio. Para la evaluación de la calidad de los servicios de los CERITS, se presentan dos

actores principales: i) los usuarios externos o población vulnerable conformada por los HSH y TS, quienes reciben AMP en los CERITS y que además, son la razón de existir de este servicio, puesto que el MINSA implementa estos Centros de Apoyo, en el marco de su política de prevención y atención de las ITS y VIH/SIDA; y ii) los usuarios internos, que son las personas que brindan el servicio de AMP (Consultorio Médico, Consultorio de Consejería y Laboratorio), procesan y proveen los servicios, garantizando que la calidad interna de los procesos, se refleje en el servicio que reciben los pacientes. El CERITS requiere de usuarios externos leales, es decir, que se sientan identificados con esta institución y que hablen con amigos y familiares sobre el buen servicio que recibe y, que lo recomienden entre sus pares. Alcanzar esta meta, implica manejar los momentos de la verdad en el ciclo de servicio, es decir, manejar esos precisos instantes en que el usuario externo se pone en contacto con el CERITS, ya que es ahí donde se forma una opinión acerca de la calidad del servicio que está recibiendo. Si estos momentos se vuelven críticos, conducirán con seguridad a la pérdida del cliente y la mala reputación de este Centro de Apoyo. Los principales elementos que se presentan durante el momento de la verdad son: i) las creencias, expectativas, valores y recomendaciones de otros usuarios, ii) lo que el usuario interno piensa del CERITS, iii) lo que el Centro de Apoyo ha establecido que se haga, iv) las normas nacionales establecidas para la atención de la población vulnerable, v) las experiencias anteriores de ambos usuarios, vi) las expectativas de ambos usuarios de uno frente al otro, basado en experiencias pasadas, otros.

El modelo de gestión de los CERITS, debe orientar los esfuerzos económicos y humanos a la búsqueda de la lealtad del usuario externo, es decir a crear en él, la actitud repetitiva de recibir los servicios y que forme vínculos con el CERTIS que deben mantenerse en el tiempo. Este modelo, debe analizar dos elementos

“la satisfacción del usuario externo” y “la actitud del usuario interno”, y además la forma como éstos impacta en la ampliación de las coberturas y la reducción de la prevalencia de la ITS y VIH/SIDA. El valor de la relación de estos dos elementos se crea al: i) obtener resultados positivos y conservar a los usuarios externos para evitar la pérdida del beneficio que la atención de estos genera y el costo mayor que implicaría querer recuperarlo; ii) crear en el usuario externo la actitud de recibir la AMP; iii) generar beneficios superiores a los costos que incurre el usuario externo para obtener el servicio; iv) generar satisfacción en el usuario interno para que provea servicios de calidad y con ello, fidelizar al usuario externo y crearle valor; vi) desarrollar un clima laboral motivador (calidad interna), donde los usuarios internos sientan que los resultados de su trabajo y esfuerzo son reconocidos. La “calidad interna” es parte importante en el proceso de producción de los servicios porque crea valor al influenciar en la cobertura del CERITS en el largo plazo, y con ello lograr que la calidad externa constituya la imagen que el CERITS presenta al mundo exterior; de ahí la importancia del reconocimiento del capital humano en la generación de valor en el CERITS. El concepto de calidad en el CERITS está basado en la consideración del usuario externo para el manejo adecuado de los servicios y diagnósticos médicos, y debe interpretarse en función a dos dimensiones relacionadas e interdependientes: i) la dimensión técnica, que abarca la aplicación de conocimientos y recursos necesarios para solucionar los problemas del usuario, y ii) la dimensión interpersonal referida a la relación que se establece entre el cliente interno y externo. Brindar un servicio de calidad es ajustarse a las especificaciones del usuario externo (el único juez de la calidad), bajo el estricto cumplimiento de las normas nacionales sobre calidad en salud y los requerimientos establecidos para el caso específico de esta población vulnerable. Asimismo, brindar calidad a los



servicios prestados por el CERITS es “utilizar los medios más adecuados para conseguir las mayores mejoras en la salud del 47 paciente, y proporcionarle un completo bienestar después que éste valore el balance de ganancias y pérdidas que acompañan el proceso de producción del servicio, en todas sus partes”. Para evaluar la calidad de los servicios del CERITS, se reconoce la estrategia de Donabedian, basada en los conceptos de Estructura, Proceso y Resultado. La calidad del servicio adopta un valor para el usuario externo cuando éste compara sus expectativas y percepciones, donde las expectativas son sus “deseos o necesidades” y las percepciones son el “resultado del servicio recibido”. Los juicios de alta o baja calidad del servicio dependen de cómo perciben los consumidores el resultado actual del servicio en el contexto de lo que esperaban. Durante la evaluación de la calidad de los servicios, es importante diferenciar la calidad técnica (que se da), la calidad funcional (cómo se da) y la calidad organizativa (resultado de la calidad técnica y funcional). En el marco del “Modelo de los Cinco Gaps” de Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985), el CERITS debe centrar su atención en la identificación de cinco gaps o desajustes que implican ausencia de calidad, estas son: 1) Gap1, discrepancia entre las expectativas de los usuarios externos y las percepciones de los directivos; 2) Gap2, discrepancia entre las percepciones de los directivos y las especificaciones o normas de calidad establecidos por el MINSA; 3) Gap3, discrepancia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del mismo; y 4) Gap4, discrepancia entre la prestación del servicio y la comunicación externa. Estas discrepancias dan origen al único patrón de medida de la calidad del servicio, denominada: Gap5 “discrepancia entre las expectativas del usuario externo sobre la calidad del servicio y las percepciones que se ha formado del servicio”, cuyo tamaño y dirección depende de la naturaleza de los cuatro primeros Gaps.

La expresión del modelo es la siguiente:  $Gap5 = f(Gap1, Gap2, Gap3, Gap4)$

Sobre la base de los modelos de Donabedian y Parasuraman, Zeithmal y Berry, se evalúa la calidad percibida de los servicios del CERITS en base a diferentes atributos, necesariamente independientes unas de otras, que vienen a ser las propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados. Para los servicios que prestan estos 48 Centros de Apoyo, se han identificado y adaptado siete (7) atributos para los usuarios externos y siete (7) para los usuarios internos, siendo ellos: Usuarios externos: Respeto al Usuario, Oportunidad, Competencia profesional, Información Completa, Accesibilidad, Seguridad y Satisfacción Global. Usuarios internos: Trabajo Actual, Interrelación con el Jefe Inmediato, oportunidades de Progreso, Remuneración e Incentivos, Interrelación con los Compañeros de Trabajo, Ambiente de Trabajo y Trabajo en General. La gestión de la calidad del servicio se desarrolla a través de cuatro procesos: planificación, organización, control y mejora.

**CALIDAD** De acuerdo a lo mencionado en el Capítulo anterior, los cambios en la gerencia han adoptado el concepto “calidad” como el elemento primordial para lograr una gestión exitosa de las empresas, y si de calidad del servicio se habla, durante las últimas décadas esta se ha convertido en un área de especial interés para los investigadores y gerentes debido al impacto que generan en el desempeño de los negocios, la reducción de los costos, la lealtad del cliente y la rentabilidad (Guru, 2003: 520-531). Esta visión de gerencia considera que otorgar prioridad máxima al cliente, es decir el usuario externo, es la clave para mejorar la calidad de los servicios; ya que este conoce mejor que nadie de sus necesidades. También considera necesario cubrir los deseos y las necesidades del personal que provee los servicios, es decir los usuarios internos, valorando

sus habilidades y conocimientos especializados ya que es este la garantía para que el usuario externo tome las decisiones adecuadas. Bajo ese enfoque, que no es ajeno al campo de la salud, el MINSA reformuló sus lineamientos de política para llevar a cabo un proceso de cambios en la forma de trabajar, en la que la persona, principalmente el usuario externo, se convierte en la razón de ser de la existencia de los establecimientos de salud. Desde 1993, como estrategia de “garantía de la calidad” de los establecimientos de salud se ha impulsado las acreditaciones; tal es así que el año 1996 se conformó el Sistema de Acreditación de Hospitales y con el apoyo de la cooperación internacional, durante toda la década de los 90’, se desarrollaron diferentes esfuerzos en busca de la mejora de la calidad con orientación a la satisfacción del usuario externo, entre ellos se pueden mencionar al Proyecto 2000, Proyecto de Salud y Nutrición Básica, Proyecto Mejora de los Servicios de Salud, entre otros. 50 El año 2000, el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión – PAAG, publica el Documento “Lineamientos Técnicos Referenciales para la Medición de la Calidad en el Primer Nivel de Atención desde la Demanda” con el objetivo de brindar información que ayude a establecer las áreas críticas y los mecanismos de mejora de los procesos de prestación de los servicios para garantizar una atención de calidad. En este instrumento, la calidad del servicio es entendida desde el punto de vista de la percepción del cliente sobre el servicio, por tanto la Gestión de la Calidad debe captar sus exigencias y analizar las formas de ofrecerles soluciones a sus necesidades. La satisfacción del usuario es entendida como un indicador de resultado a partir del cual se puede obtener la opinión acerca los tres componentes (estructura, procesos y resultados) de la producción del servicio del Enfoque Sistémico de Donabedian (1984). Se reconoce la necesidad de contar con un Sistema de Información de la Calidad

del Servicio que ayude a la gerencia a dirigir la planificación y la distribución de recursos en la mejora de los servicios al incorporar la voz del cliente externo en la toma de decisiones, revelar sus prioridades de los servicios esperados, identificar los servicios a ser mejorados, permitir un seguimiento del rendimiento de la institución, entre otros. Asimismo, considera alta la influencia entre las expectativas de los usuarios y una serie de factores inherentes a los mismos, que su lealtad o fidelidad con el servicio está en función a su comportamiento de compra y como este comportamiento no depende básicamente del grado de satisfacción sino de su calidad; calidad que está directamente relacionada con:

- i) la personalidad pública de la institución (confianza ganada en la prestación de sus servicios), ii) la voz del/hacia el cliente, iii) los costos para el cliente de cambio de proveedor, iv) otros.

Los beneficios de la fidelidad del cliente se expresan en términos del Modelo "Service Profit Chain" – SPC. Respecto a la calidad y satisfacción, se señala que la "calidad del servicio" es un tipo de actitud que está relacionada a la satisfacción y que es medida a través del SERVQUAL, conocido también como el "Modelo de las Discrepancias" de Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry, cuya fiabilidad se sostiene en el estudio comparativo de Bigné y Col (1997, 33-53) que sostienen 51 que las dimensiones analizadas para medir la calidad del servicio pueden ser universales. Se hace referencia a los componentes técnico, interpersonal y del entorno, considerados por Donabedian (1989) para realizar el análisis de la evaluación de la calidad. Asimismo, se señala que la relación entre estos tres componentes conforman un conjunto de atributos que caracterizan al servicio de salud y determinan la calidad de la atención médica (entendida esta como atención del personal médico, enfermeras, personal técnico, recepcionista, etc.). Asimismo, se hace referencia a las dimensiones de los servicios (Elementos Tangibles, Fiabilidad o

Confiabilidad, Capacidad de Respuesta, Seguridad y Empatía), consideradas por Parasumaran y Col. (...) en las que consideran debe ser evaluada la calidad. Es sobre la base teórica antes señalada, que el PAAG formula la “Metodología para Realizar la Medición de la Calidad desde la Perspectiva del Usuario”, y usa como instrumento para la recopilación de datos un cuestionario basado en las expectativas y percepciones. Este instrumento fue elaborado a partir del cuestionario del SERVQUAL para los servicios de salud al cual se hizo modificaciones validadas posteriormente. El año 2001, se dio inicio al proceso de formulación de política pública en el Sector Salud con la aprobación del Sistema de Gestión de la Calidad cuyos principios, bases conceptuales y objetivos, que orientarían las acciones de mejora de la calidad de los servicios que brindan los establecimientos del MINSA, se vieron plasmados en el primer “Documento Técnico Sistema de Gestión de Calidad en Salud”. En ese marco, se crea la Dirección de Garantía de la Calidad (que luego se convierte en Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud) para conducir y desarrollar este Sistema en el ámbito nacional. Un año después, continuando con la orientación de mejora de la calidad, el MINSA elabora el documento “Estándares de Calidad para el Primer Nivel de Atención en Salud” donde se expresa la necesidad de implementar un Sistema de Gestión de Calidad en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud. Para su formulación se recoge el concepto de “calidad de servicio” de Donabedian (1989) y su modelo que para efectos del análisis y evaluación de la calidad propone abordarla a partir de la dimensión humana, la técnica y la del 52 entorno (Enfoque Sistémico); en las cuales se puede encontrar atributos de calidad que caracterizarán al servicio de salud. Se plantea también, la utilización de estándares e indicadores de calidad para el Primer Nivel de Atención, que permitirían conocer los niveles de calidad en las

áreas de estructura, procesos y resultados (componentes de la producción del servicio según el enfoque Sistémico de Donabedian). Recogiendo las diferentes propuestas de atributos de la calidad, se consideraron prioritarios para garantizar la calidad en el Primer nivel de atención los siguientes:

- Oportunidad: Respuesta a una necesidad de salud en un tiempo que implique menor riesgo y mayor beneficio para la persona o la población.
- Eficacia: Uso correcto de las normas, protocolos y procedimientos en la gestión y prestación de servicios de salud individual y colectiva.
- Integralidad: Acciones dirigidas a la persona, su familia, la comunidad y el ambiente en un proceso que contiene los momentos de promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- Accesibilidad: Condiciones necesarias para que las personas puedan obtener servicios de salud individual y colectiva, disminuyendo las barreras geográficas, socioeconómicas, organizativas y culturales.
- Seguridad: Condiciones en el establecimiento que garanticen a los usuarios, acceso a servicios sanitarios básicos para prevenir riesgos en él y medio ambiente.
- Respeto al usuario: Considerar a la persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales.
- Información completa: Provisión de contenidos, veraces, oportunos y entendibles por las personas o público, que le permite tomar decisiones sobre su salud.
- Trabajo en equipo: Personas con visión compartida que asumen responsabilidades y compromisos, complementan capacidades y desarrollan sus potencialidades para el logro de resultados. 53
- Participación social: Mecanismos y procesos que permiten a la población organizada intervenir y tomar decisiones respecto a las prioridades, políticas y estrategias sanitarias.
- Satisfacción del usuario externo: Es el balance favorable entre lo que la persona o población espera de los servicios de salud y su

percepción acerca de lo que recibe de ellos. • Satisfacción del usuario interno: Es el balance favorable entre lo que el usuario interno espera de la organización y lo que percibe de ella. En el año 2002, en el marco de la normatividad antes señalada y enfocado en la misión de implantar una cultura de calidad de los servicios de salud, el MINSA desarrolla un instrumento para medir la satisfacción del usuario interno y externo; sobre esta base se elabora y aplica las encuestas “Satisfacción de Usuarios Externos de Servicios de Salud” y “Satisfacción del Personal de Salud” con el objetivo de recoger el grado de satisfacción de los usuarios externos con la atención recibida en los servicios de salud, y la satisfacción del personal de salud del MINSA con su institución y las labores que realiza. En ambos casos, el instrumento utilizado fue la encuesta SERVQUAL modificado y en su diseño se consideraron los estándares y atributos establecidos para el primer nivel de atención. El año 2006, se realizó la primera actualización del Documento Técnico Gestión de la Calidad” (MINSA, 2006d). Este documento, tiene como base conceptual la definición de “calidad de la atención médica” desarrollada por Donabedian (...) y hace la precisión que “atención médica” debe ser entendida como la atención que proporcionan todos aquellos que intervienen en la atención de los usuarios de los servicios de salud (es decir, no sólo al servicio del profesional médico). Asimismo, al hablar de “usuario” es hacer referencia al paciente, sus acompañantes e incluso al personal de los establecimientos de salud. Asimismo, respecto a “calidad en salud” presenta la propuesta analítica de Donabedian (1989), por considerarla la más aceptada, que plantea hacerlo a través de tres dimensiones: la dimensión humana, la técnica y la del entorno El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud es definido como el “conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades de salud

del Sector y a sus 54 dependencias públicas de los tres niveles (Nacional, Regional y Local), en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión”; y se estructura en función a cuatro componentes: i) Planificación para la calidad, ii) Organización para la calidad, iii) garantía y mejora de la calidad e iv) información para la calidad. El año 2007, en el marco del Sistema de Gestión de la Calidad, se aprobó la “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo” (MINSA, 2007b). Con esta norma se modifica la norma técnica aprobada un año anterior (MINSA, 2006b), con el objetivo de promover una cultura de calidad en todos los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo del país a través del cumplimiento de estándares y criterios de evaluación de calidad que otorgan el compromiso y la orientación de maximizar la satisfacción de los usuarios. Los estándares aprobados se constituyen en el único instrumento de evaluación de los componentes de la producción del servicio según el enfoque Sistémico de Donabedian (1984) y deben estar enfocados en procesos como metodología de mejoramiento continuo y basado en el enfoque de usuario. Estos estándares fueron organizados en 22 Macroprocesos que están relacionados a determinados atributos de la calidad y además cuentan con criterios de evaluación. Entre los 17 Macroprocesos atribuidos al Primer Nivel de Atención y Servicios Médicos de Apoyo, se tienen al:

- Macroproceso 2: Gestión De Recursos Humanos. Tiene por objetivo evaluar si la organización está orientada a gestionar al recurso humano para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales. Este macroproceso está relacionado con los atributos de la calidad de: Disponibilidad, Eficacia, Trabajo en Equipo, Transparencia, Seguridad y Competencia Técnica.
- Macroproceso 3: Gestión de la Calidad. Tiene como objetivo evaluar si la organización implementa prácticas de calidad



orientadas a la búsqueda permanente de la satisfacción de las expectativas de los usuarios y trabajadores, así como al cumplimiento de los objetivos institucionales y sectoriales. Este macroproceso está relacionado con los atributos de la calidad de: Eficacia, Trabajo en Equipo, Oportunidad, Transparencia, Información, Efectividad, Información Completa, Respeto al Usuario. Ese mismo año, se aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud (MINSa, 2007a) para que se constituya en un instrumento de gestión y de implementación de las políticas de salud respecto a las prioridades sanitarias del país, estableciendo metas, hacia el año 2011, orientadas a lograr la calidad del servicio de salud a efectos de satisfacer las necesidades de la persona en forma oportuna y eficaz respetando sus derechos. El tercer objetivo planteado fue: mejorar la oferta y calidad de los servicios según las necesidades y demanda de los usuarios. En el segundo lineamiento de política “Vigilancia, control y atención integral de las enfermedades transmisibles y no transmisibles”, se plantea el acceso a la prevención, tratamiento antirretroviral y atención integral de calidad, con información necesaria que asegure estilos de vida saludable y prevenga estas enfermedades, especialmente en quienes tienen mayor exposición al VIH, sin ningún tipo de discriminación ya sea por ser portadora de alguna de estas enfermedades, su orientación sexual o cualquier otra característica. Entre las estrategias e intervenciones planteadas en relación al VIH/SIDA estaban: • Acciones a nivel nacional dirigidas a las poblaciones Vulnerables, orientados a reducir el número de nuevos casos de VIH y la prevalencia de ITS en poblaciones HSH, TS, PPL., a través del impulso del uso del preservativo, cobertura de la atención médica periódica - AMP, optimización de CERITSS y UAMP, fortalecimiento de las estrategias de PEPs, de las organizaciones de poblaciones HSH y TS para responder a la epidemia y a la defensa de sus derechos, en el

marco de sus deberes y derechos ciudadanos. • Reducir la vulnerabilidad de la población general a través de la promoción de conductas sexuales saludables para la prevención de ITS. • Manejo de infecciones oportunistas e ITS, prevención positiva, pruebas y consejería en parejas y contactos. 56 • Fortalecer los Sistemas de Información y establecer un Sistema de Monitoreo y Evaluación que permitan la toma de decisiones oportuna y la medición de los logros obtenidos. En el quinto lineamiento de Política “Mejoramiento progresivo de la oferta y calidad de los servicios de salud” se plantea como objetivo estratégico la ampliación de la oferta, mejora de la calidad, organización de los servicios de salud del sector según las necesidades y demanda de los usuarios. Para ello se establecen estrategias de intervención como la ampliación de acceso a los servicios, fortalecimiento de infraestructura y equipamiento y la implementación del Sistema Nacional de Garantía de la Calidad en Salud a través de: • Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. • Plan Nacional para la Seguridad del Paciente y reducción de Eventos Adversos. • Proyectos de Mejora Continua (PMC) en establecimientos de salud. • Auditoria de la Calidad de Atención en Salud. • Medición del índice de insatisfacción de los usuarios externos– SEEUS y la medición de la satisfacción del Usuario Interno - Clima Organizacional. • Medición del manejo estandarizado. El año 2009 se aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud (MINSA, 2009a), como parte de la Política Nacional de Salud (MINSA, 2002), y le incorpora diferentes enfoques que asumen el concepto de “calidad en salud”, entre ellos el de : i) Calidad en Salud como expresión de derecho a la salud, que asume la calidad como atributo indesligable de la atención al cual debe acceder toda persona, y ii) Enfoque gerencial en las organizaciones de salud, donde el “otro” es referente fundamental de la organización moderna, donde el “otro” es el usuario, cliente

proveedor, aliado, competidor, regulador, etc. Entre las políticas aprobadas tenemos: – Las referidas al Estado: • Primera Política: Reafirma la función su función de Autoridad Sanitaria y garante del derecho a la calidad de la atención de salud. 57 • Las referidas a las Organizaciones Proveedoras de Atención de Salud y sus establecimientos de Salud (y sus respectivos Servicios Médicos de Apoyo): • Sexta Política: Orientar las estrategias de implementación de la política nacional de calidad, hacia una cultura centrada en las personas y la mejora continua, a través de la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad de la Atención de Salud • Séptima Política: Cumplir las normas y estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención; aprobados por la Autoridad Sanitaria. • Novena Política: Proteger los derechos de los usuarios, promover y velar por un trato digno, asimismo, fomenten prácticas de atención adecuadas a los enfoques de interculturalidad y género. • Décima Política: Garantizar las competencias laborales de los trabajadores que proveen la atención, brindar adecuadas condiciones de trabajo y protección frente a los riesgos laborales e incentivar a sus trabajadores en relación a la mejora de la calidad de la atención. • Undécima Política: Las organizaciones proveedoras de atención de salud asignar a los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, los recursos necesarios para la gestión de la calidad de la atención de salud El año 2010, bajo el enfoque de implementación de reformas estructurales en el sistema sanitario, se aprueba el Documento Técnico "Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la atención Primaria de Salud Renovada" (MINSA, 2010), con la finalidad de permitir responder con eficiencia, eficacia, equidad y calidad a las expectativas y demandas de la población. Producto de este

Documento Técnico se formula el “Instrumento de Medición del Desempeño de Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención”, en el cual se consideran 05 componentes que involucran 20 macroprocesos, entre ellos: 58

- Componente N° 02: Gestión Local
- Macroproceso N° 03: Recursos Humanos
- Estándar N° 07: El Establecimiento de Salud está organizado para incorporar y controlar los recursos humanos para el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.
- Estándar N° 08: El Establecimiento de Salud dispone de acciones de salud ocupacional (Seguridad y Protección del prestador) del personal de salud.
- Estándar N° 09: El Establecimiento de Salud cuenta con Recursos Humanos capacitados para la prestación de servicios de salud.
- Estándar N° 10: El Establecimiento de Salud incorpora las acciones de Bienestar Social del personal de salud.

→ Macroproceso N° 04: Calidad de Atención

- Estándar N° 11: El Establecimiento de Salud está organizado para desarrollar acciones del sistema de gestión de la calidad en salud.
- Estándar N° 12: El Establecimiento de Salud tiene definido e implementa mecanismos para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios.
- Estándar N° 13: El establecimiento de salud evalúa la satisfacción del usuario interno y externo y desarrolla acciones de mejora.

### III.2. MARCO NORMATIVO - ITS

En nuestro país, La epidemia de la infección por el VIH se produce en un 97% por transmisión vía sexual y, las estadísticas demuestran que en los últimos años se ha desarrollado una tendencia progresiva de la epidemia desde la población vulnerable hacia la población general, con la consecuencia de una presencia cada vez mayor de población femenina. Se calcula que la edad promedio en que la población se está infectando es de 25 años (MINSAL, 2006a). Frente a esta problemática de salud pública, el Ministerio de Salud – MINSAL, ente rector de las políticas públicas en salud; con la finalidad de establecer las medidas de prevención y

control para evitar la aparición y propagación de las 59 ITS y del VIH/SIDA expide normas técnicas y directivas que dan el marco normativo y técnico de la atención de las ITS y el VIH en el país. La primera acción desarrollada por el Estado peruano para combatir la epidemia del SIDA fue en el año 1986 con la creación de la Primera Comisión Multisectorial de Lucha contra el SIDA. Tres años más tarde se crea el Programa Especial de Control del SIDA – PECOS cuya estrategia de prevención estuvo orientada especialmente a la población joven y adolescente, y circunscrito a la prevención del VIH/SIDA en el nivel hospitalario. El año 1995, el PECOS toma el nombre de Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA – PROCETSS y, se plantea una nueva visión de lucha contra las ITS y VIH/SIDA reconociendo la prevención como propósito prioritario y objetivo básico para el control de estas enfermedades. En ese marco, se aprueba el Manual de Doctrinas Normas y Procedimientos para el Control de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA - ETS/VIH/SIDA (MINSA, 1996b). Posteriormente, en el año 1996, se aprueba el Plan Nacional de Lucha contra ETS/VIH/SIDA (MINSA, 1996a), denominado Plan Nacional “CONTRASIDA”, y un año después se aprueba su Reglamento (MINSA, 1997b), donde se señala que “el diagnóstico y tratamiento precoz de las ETS y las intervenciones para el cambio hacia conductas de menor riesgo de adquirir ETS/VIH, constituyen las estrategias principales para controlar la expansión de la epidemia a través de las relaciones sexuales”; y con ello se da inicio al marco técnico que permitió la ejecución de acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ETS. En el año 2001, dicho Plan Nacional se mejora con la participación de otras instituciones, entre ellas: universidades públicas y privadas, ONGs, representantes de ESSALUD y el Comité de Prevención y Control del Sida de las FFAA y Policiales (COPRECOS). En el año

1997, con la promulgación de la Ley General de Salud (MINSA, 1997a), se establece el derecho a recibir una atención de salud con bienes acreditados y servicios que cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales. Asimismo, se le otorga al MINSA la responsabilidad de normar y dirigir las acciones destinadas a evitar la propagación y lograr el control de la erradicación de las enfermedades transmisibles. 60 En un esfuerzo por involucrar de manera efectiva a los diversos sectores, sean estos públicos o privados, para dar una respuesta frontal al VIH, en Mayo del año 2004, se crea la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud – CONAMUSA-, en el marco de la formulación del Proyecto "Fortalecimiento de la Prevención y Control del VIH SIDA y la Tuberculosis en el país" (II Ronda), financiado por el Fondo Mundial (MINSA, 2004c). Actualmente, la CONAMUSA es el Mecanismo Coordinador País - MCP para los tres programas de VIH financiados por el Fondo Mundial (II, V y VI Ronda). Ese mismo año, se aprueba la "Norma Técnica para Promotores Educadores de Pares en Poblaciones Vulnerables - PEPs para la prevención de las ITS, VIH Y SIDA" (MINSA, 2004d); esta estrategia educativa es adoptada en concordancia con las recomendaciones internacionales para el control de las ITS en grupos vulnerables y de elevada prevalencia, consiste en brindar orientación y educación preventiva en ITS y VIH-SIDA a través de un sujeto (un par) con semejantes características que este grupo objetivo y que pertenece a esta población vulnerable. Asimismo, se aprueba la Ley N° 28243 (MINSA, 2004b), que modifica El Plan Nacional CONTRASIDA, se declara de necesidad nacional e interés público la lucha contra el VIH y SIDA y las ITS<sup>6</sup> en las cuales tienen importancia relevante las actividades de los CERITSS, CERITS y UAMP. Esta Ley ratifica las pruebas de diagnóstico del VIH/SIDA como voluntarias y previa

consejería (salvo excepciones). Ese mismo año, se aprueba la Estrategia Sanitaria Nacional - ESN de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA (MINSa, 2004a), cuyo inicio se dio en el año 2003, dirigido a los grupos con elevada prevalencia y alto riesgo de adquirir y transmitir ITS y VIH, entre otros. Se establece la Atención Médica Periódica - ATM de las poblaciones vulnerables para prevenir la transmisión de las ITS y el VIH/SIDA, esto con el objetivo de disminuir su impacto en el individuo, la sociedad y la economía. En el marco de la Estrategia Sanitaria Nacional la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, implementó 29 Centros de Referencia de 6 A partir de la vigencia de Ley 28243 cambia la denominación VIH/SIDA y enfermedades de transmisión sexual (ETS) por VIH y SIDA e infecciones de transmisión sexual

## **2.2 BASES TEORICAS**

### **Evolución del Concepto de Calidad**

A través del tiempo se menciona que la historia de la humanidad está directamente ligada con la calidad desde los tiempos más remotos, el hombre al construir sus armas, elaborar sus alimentos y fabricar su vestido observa las características del producto y enseguida procura mejorarlo.

La práctica de la verificación de la calidad se remonta a épocas anteriores al nacimiento de Cristo. En el año 2150 A.C., la calidad en la construcción de casas estaba regida por el Código de Hammurabi, cuya regla # 229 establecía que "si un constructor construye una casa y no lo hace con buena resistencia y la casa se derrumba y mata a los ocupantes, el constructor debe ser ejecutado". Los fenicios también utilizaban un programa de acción correctiva para asegurar la calidad, con el objeto de eliminar la repetición de errores. Los inspectores

simplemente cortaban la mano de la persona responsable de la calidad insatisfactoria.

En los vestigios de las antiguas culturas también se hace presente la calidad, ejemplo de ello son las pirámides Egipcias, los frisos de los templos griegos, etc. Sin embargo, la Calidad Total, como concepto, tuvo su origen en Japón donde ahora es una especie de religión que todos quieren practicar.

Durante la edad media surgen mercados con base en el prestigio de la calidad de los productos, se popularizó la costumbre de ponerles marca y con esta práctica se desarrolló el interés de mantener una buena reputación (las sedas de damasco, la porcelana china, etc.) Dado lo artesanal del proceso, la inspección del producto terminado es responsabilidad del productor que es el mismo artesano.

Con el advenimiento de la era industrial esta situación cambió, el taller cedió su lugar a la fábrica de producción masiva, bien fuera de artículos terminados o bien de piezas que iban a ser ensambladas en una etapa posterior de producción.

La era de la revolución industrial, trajo consigo el sistema de fábricas para el trabajo en serie y la especialización del trabajo. Como consecuencia de la alta demanda aparejada con el espíritu de mejorar la calidad de los procesos, la función de inspección llega a formar parte vital del proceso productivo y es realizada por el mismo operario (el objeto de la inspección simplemente señalaba los productos que no se ajustaban a los estándares deseados).

A fines del siglo XIX y durante las tres primeras décadas del siglo XX el objetivo es producción. Con las aportaciones de Taylor la función de inspección se separa



de la producción; los productos se caracterizan por sus partes o componentes intercambiables, el mercado se vuelve más exigente y todo converge a producir.

El cambio en el proceso de producción trajo consigo cambios en la organización de la empresa. Como ya no era el caso de un operario que se dedicara a la elaboración de un artículo, fue necesario introducir en las fábricas procedimientos específicos para atender la calidad de los productos fabricados en forma masiva. Dichos procedimientos han ido evolucionando, sobre todo durante los últimos tiempos.

El control de la calidad se practica desde hace muchos años en Estados Unidos y en otros países, pero los japoneses, enfrentados a la falta de recursos naturales y dependientes en alta grado de sus exportaciones para obtener divisas que les permitieran comprar en el exterior lo que no podían producir internamente, se dieron cuenta de que para sobrevivir en un mundo cada vez más agresivo comercialmente, tenían que producir y vender mejores productos que sus competidores internacionales como Estados Unidos, Inglaterra, Francia y Alemania.

El término Calidad ha tomado últimamente un especial protagonismo, sin embargo no siempre se utiliza adecuadamente, ya que se piensa que hace referencia exclusivamente a procesos de tipo industrial, por lo que su aplicación se limitaría, por tanto, a ese ámbito. Sin embargo, la Calidad envuelve crecientemente a otras actividades no exclusivas de la industria manufacturera, como son la distribución o el servicio.

Igualmente, la aplicación del término Calidad se ha hecho extensivo a organizaciones de titularidad pública, e incluso a la Administración Pública misma, en contraposición a la que tuvo en sus orígenes, centrada

fundamentalmente en empresas privadas. De este modo, el objeto de la Calidad ha sufrido una evolución desde las industrias básicamente productivas hasta las organizaciones de servicios. Desde este punto de vista la calidad es el grado con que un producto concreto satisface los deseos de un consumidor concreto. Lógicamente, a una más alta conformidad acompañará un menor número de reproceso y desechos, con lo que el coste del producto se reducirá, lo que puede traducirse en mayor margen comercial o en un precio menor, con el consiguiente aumento de competitividad.

## **2.2 BASES TEORICAS**

### **SITUACIÓN ACTUAL DEL PROCESO DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD Y SU IMPACTO EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS**

De una forma concertada, la reforma del sector de la Salud, en la mayoría de los países, se ha centrado en el desarrollo y fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, incorporando valores como: salud como derechos de los ciudadanos, universalidad, equidad, integralidad de la atención (algunos citan solidaridad) sumados a efectividad, eficacia y eficiencia, a las estrategias de descentralización administrativa y a la participación de la comunidad con control social.

A pesar de la similitud del proceso de globalización en los países, hay grandes diferencias en el desarrollo de los procesos políticos de la reforma del sector de la salud. Éstos, buscando disminuir la inequidad que viene acentuándose a consecuencia del deterioro de la propia calidad de vida de la población, debido a los efectos negativos del proceso de globalización de la economía - aumento de la concentración de ingresos, desempleo, coexistencia de perfiles epidemiológicos entrecruzados y superpuestos, en los que enfermedades

milenarias conviven con enfermedades modernas, y padecimientos del subdesarrollo coexisten con daños producidos por el mundo desarrollado –han desarrollado, en realidad, programas "dirigidos", "paquetes de atención mínima" para la población indigente y una oferta de servicios conforme a las leyes del mercado, lo que viene acentuando las desigualdades de acceso de la población. Sin embargo, una de las estrategias utilizadas para disminuir esa inequidad ha sido la busca de una mejora de la calidad de los servicios, a partir de una definición del concepto de calidad, orientada a lograr tanto la satisfacción del usuario externo (población), como la motivación del usuario interno (trabajador del sector salud).

También se ha intentado establecer la relación entre calidad, reducción de los costos y la equidad.

Las ANES que han respondido el guion describieron algunas tendencias del proceso de la reforma del sector de la salud y su impacto en la calidad de los servicios. A continuación, se relacionan los países por orden alfabético:

### **Argentina**

El sistema argentino se ha caracterizado por ser heterogéneo con respecto a la cobertura, las características de la población atendida y las fuentes de financiamiento (pública, privada y de la seguridad social). En 1997, se transfieren los hospitales a las provincias y de éstas a los municipios. La política de reforma del sector de la salud pretende lograr la hegemonía del sector público sobre los otros, con plena vigencia del derecho a la salud, con requisitos de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad, cobertura a toda la población y descentralización.

**Impacto positivo:**

- a) Proceso de descentralización;
- b) establecimiento de la normativa para los Hospitales de Autogestión (HPA) - los efectos pueden facturar a la población con cobertura social, establecimiento de convenios, utilización de los recursos por la venta de los servicios también para incentivar la productividad y eficacia del personal;
- c) desregulación de las obras sociales - libre elección de los afiliados;
- d) las obras sociales tienen que pagar al sector público los gastos que demandan las prestaciones de servicios a sus asociados y las del Ministerio de Salud llamado Programa Médico Obligatorio (PMO), y
- e) fiscalización del cumplimiento del PMO.

**Impacto negativo:**

- a) Inequidad en la prestación de los servicios, e
- b) inestabilidad laboral en relación a la ley de flexibilización del trabajo.

**Brasil**

A pesar de la promulgación de la Constitución de 1988, que instituyó el Sistema Único de Salud (SUS) donde se garantizan todos los principios de universalidad, equidad e integralidad de la atención, con principios operativos de descentralización política, administrativa, jerarquización y control social, hay en realidad tres tipos de financiamiento (seguros y planes privados, seguridad social

y gobierno) lo que determina la desigualdad de acceso de la población a los diferentes servicios públicos y privados.

**Impactos positivos:**

- a) Descentralización administrativa y financiera (los municipios conocen y buscan soluciones para los problemas de sus comunidades;
- b) participación comunitaria/control social - principio que es más efectivo con la implantación del SUS- a través de los Consejos de Salud (nacional, estatales y municipales, además de locales); participación de los trabajadores de salud en los consejos incluso representantes de la ANEs y participación de enfermeras en los cargos de secretaria de salud a nivel estatal y municipal.

**Impacto negativo:**

- a) Priorización de los servicios básicos de salud con énfasis en programas de determinados sectores, bajas inversiones en los servicios secundarios y terciarios, dificultando los principios de universalidad, equidad e integralidad, y
- b) dificultad para mantenerlo financieramente.

**Colombia**

La reforma del sector salud se caracteriza por la reducción de los aportes del estado y el incremento de las cotizaciones de los usuarios.

La tendencia de la reforma del sector de la salud responde a la agenda propuesta por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y las agendas multilaterales de

crédito, las cuales tienen como eje la transferencia de las responsabilidades en materia de salud y educación al sector privado como parte del recorte del gasto público y social. Los procesos de descentralización y focalización han tenido un impacto significativo en el suministro de los servicios sociales con el consecuente deterioro de las condiciones de salud de los colombianos.

La reforma del sector planteó en forma teórica como principios de seguridad social los de universalidad, equidad, eficiencia, integridad y participación, pero en la práctica ha sido imposible cumplirlos, entre otras, por las siguientes causas:

- La transformación de los subsidios de oferta en subsidios de demanda, de tal forma que las "nuevas empresas públicas de la salud" deberán subsistir exclusivamente con el producto de la venta de servicios.
- El recorte o el incumplimiento de las obligaciones económicas del gobierno para con el régimen subsidiado de salud, con la consecuente disminución de la cobertura y la inadecuada calidad de los servicios.

Impacto negativo:

- a) Descentralización - la disminución del aporte de recursos financieros del estado está llevando a este sector a su crisis más aguda.
- b) Los hospitales no están modernizados y tampoco están preparados para un sistema de competencia abierto, ni para la aplicación del modelo de autogestión para venta directa de servicios.
- c) Colapso total de la red de hospitales públicos.
- d) Pérdida del empleo para miles de trabajadores de la salud, y

e) Desprotección de la población y recrudecimiento de enfermedades ya controladas como la tuberculosis y la malaria, aumento de la desnutrición y la enfermedad diarreica aguda.

### **Cuba**

El impetuoso desarrollo de la salud pública cubana tanto en extensión como en cobertura ha permitido la introducción de complejas tecnologías y nuevos modelos de atención. El sistema tiene como principios: salud como un derecho del pueblo y responsabilidad del estado; cobertura universal; servicios con carácter gratuito; activa participación de la comunidad en los programas de salud y atención de carácter integral.

El sector de la salud sólo tiene cosas positivas para la población. Sin embargo, en este momento está teniendo dificultades debido al impacto económico derivado de la desintegración del bloque socialista. La difícil situación económica repercute directamente en la carencia de recursos materiales y lesiona a los trabajadores del sector, de lo cual no está exenta la enfermería. Al devaluarse la moneda nacional, en un momento determinado, se pierde el interés, no hay estímulo para algunos trabajadores del sector y hasta aparece el abandono laboral como fenómeno.

### **Ecuador**

En la era actual en pleno siglo 21, sigue siendo uno de los países de la región latinoamericana con mayores desigualdades en el sector salud y con menor impacto de los recursos invertidos en salud, sólo superado por Nicaragua, Honduras, Bolivia y Haití.

El Sistema de Salud del Ecuador se ha caracterizado por ser institucional y sectorialmente fragmentado, inequitativo e ineficiente, orientado a proporcionar atención individual y biológica, bajo una organización burocrática, de gestión centralizada e ineficaz, con financiamiento insuficiente y distribución desigual. Como en otros países andinos de la zona, un sistema de seguridad social financiado por cotizaciones de los trabajadores del sector formal coexiste con sistemas privados para la población de mayor poder adquisitivo y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres.

Las grandes barreras económicas, culturales, viales y geográficas tradicionalmente han limitado el acceso a los servicios, especialmente de la población rural más pobre, compuesta en su mayor parte por indígenas, afro-ecuatorianos y mujeres.

Los programas a nivel nacional se aplican de manera que sus indicadores privilegian la medición de coberturas y no de los avances de los procesos, de impacto, de efectividad, la satisfacción de usuarios entre otros.

Hasta la actualidad no se ha definido un modelo de atención que aplique estrategias para el cumplimiento de los programas en forma horizontal tomando en cuenta la atención en salud a todo el ciclo de vida con una visión transversal de género y de la interculturalidad, que priorice las necesidades de la comunidad excluida y al mismo tiempo, sirva como mecanismo para tomar de decisiones técnicas, financieras, gerenciales y de intervención que reflejen satisfacción del usuario y mejoren la calidad de vida de las familias, comunidades incluyéndolas en forma equitativa y solidaria en la sociedad.

## **El Salvador**



Existen cinco “5” propuestas de reforma con las instituciones proveedoras de atención, con las diferentes asociaciones gremiales. Después, habrá una consulta a la ciudadanía para la elaboración final de la propuesta.

### **Honduras**

La tendencia del proceso de reforma del sector salud es convertir la Secretaría de Salud en un ente regulador.

Impacto en la equidad en los servicios de salud: se están realizando esfuerzos para ampliar la cobertura mediante la entrega de servicios a través de diferentes modalidades. En el sector privado se prestan servicios a grupos minoritarios de la población utilizando alta tecnología, lo que contribuye a que ésta sea costosa e inaccesible para las mayorías.

### **México**

La reforma del sector salud tiene como objetivo establecer instrumentos que promuevan la calidad y la eficiencia de los servicios de salud, ampliar la cobertura de la seguridad social, acelerar y profundizar la descentralización, extender la cobertura de servicios a las zonas urbanas y rurales pobres (paquete básico de servicios).

Impacto: los cambios han representado avances importantes y merecen un amplio apoyo social, pero es necesario que los cambios no lesionen los principios de equidad, calidad y eficiencia. Otro elemento importante fue la competencia entre los proveedores.

### **Paraguay**

La reforma del sector se centra en el desarrollo y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud - valores incorporados: equidad, solidaridad, atención integral a la población, eficacia y eficiencia, calidad, libre elección, planes y prestadores, complementariedad pública y privada, descentralización, participación y control social. El Ministerio de Salud es el órgano máximo de concertación y coordinación sectorial.

**Impacto positivo:**

- a) La participación comunitaria ha experimentado un fuerte impulso por medio del Consejo Nacional de Salud, los consejos regionales y locales.

**Impacto negativo:**

- a) Deterioro en las condiciones de trabajo de las diferentes categorías de personal de enfermería;
- b) Suministro inadecuado de equipos y materiales tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, lo que dificulta la atención libre de riesgos;
- c) Escasez de personal;
- d) Baja remuneración;
- e) Multiempleo;
- f) Falta de sistema de calificación y acreditación de méritos, y
- g) Falta de incentivos y reconocimientos a la autoformación.

**Puerto Rico**

La reforma del sector de la salud parte de los siguientes supuestos/principios:

- a) La privatización del sector de la salud, por considerar que ésta tiene mejores recursos y calidad de servicios;
- b) La existencia de un solo sistema (el privado) hace justicia social a la población médico-indigente, le asegura mejor acceso, calidad y cobertura;
- c) Lograr el control de costos;
- d) El sistema de salud pública debe concentrarse en establecer la política pública sobre salud y en fiscalizar las instalaciones que presten tales servicios;
- e) El sistema de prestación de servicios de salud debe redirigir sus esfuerzos y concentrarse en la promoción y el mantenimiento de la salud (atención primaria) y no tanto en el cuidado terciario/curativo.

**Impactos positivos:**

- a) Aumento del número de proveedores médicos en el sector privado para la población médico indigente;
- b) Incluye servicios de salud oral;
- c) Acceso a servicios especializados y de exámenes, y
- d) Elección libre de hospital; 80% de la población está contenta con la reforma.

**Impactos negativos:**

- a) Racionalización del cuidado porque los médicos primarios no atienden con igual prontitud a los pacientes que el especialista;
- b) Afecta la continuidad del cuidado debido a los cambios en las compañías aseguradoras;
- c) Los pacientes tienen que trasladarse de un lugar a otro (cierre de algunos hospitales);
- d) Falta de estabilidad financiera para su mantenimiento;
- e) Mayor inversión en cuidados curativos que preventivos;
- f) Disminución de las oportunidades de empleo (los privados contratan menos), y
- g) Se pierden beneficios marginales y derechos adquiridos de los trabajadores, así como la estabilidad del empleo.

### **República Dominicana**

La reforma del sector de la salud aún no ha dado sus frutos porque no se ha implementado en todo el país. Se observa más bien como una política neoliberal con la privatización del sector salud. Se está discutiendo en el Congreso la ley de seguridad social, lo que llevará a una nueva modalidad de trabajo y a una reducción de personal de enfermería.

La reforma ha afectado al área de enfermería. Aunque aún contamos con una estructura de enfermería en el Ministerio de Salud, muchas veces se ha intentado desintegrarla, al igual que ha ocurrido en los países donde se ha implementado la reforma.

La gran problemática que se enfrenta es que las enfermeras trabajan en dos lugares, por lo que un número significativo de enfermeras se encuentran desempleadas.

### **Venezuela**

El proceso de reforma del sector de la salud tiene como objetivo la descentralización de los servicios, la creación de nuevos modelos y proyectos de salud. Se ha producido un cambio a nivel central, desapareciendo la coordinación nacional de Enfermería, estableciendo un trabajo de coordinaciones por programas o servicios (equipo multidisciplinario), pero hasta ahora no ha habido cambio en el nivel más importante, el sector del servicio.

Esto no permite dar respuesta a la demanda de servicios que exige la población, existiendo una desproporción entre la necesidad de ellos y los servicios ofertados; esto genera un bajo impacto de los cuidados de la prestación de servicios de salud de calidad”.

### **LA ATENCIÓN PRIMARIA REDUCIRÁ LA DEMANDA EN LOS SERVICIOS DE SALUD.**

Nèlsida Marmolejos, consideró: “Que la creación del sistema integral de salud reducirá en un 75 por ciento las demandas de la población y contribuirá a la calidad de las atenciones a los usuarios del Sistema. Sostuvo que el IPSS debe también garantizar la entrega de pensiones oportunas, eliminando las exclusiones que existen actualmente, fortalecer la protección a la niñez y los programas de prevención y promoción de accidentes y enfermedades profesionales; implementar el modelo de salud preventivo y fortalecer el financiamiento de las instancias del sistema”.

## **LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, MÁS NECESARIA QUE NUNCA**

A medida que ha ido aumentando la oferta general de servicios de salud, ha quedado cada vez más patente que los obstáculos al acceso constituyen un importante factor de inequidad: en particular, los honorarios cobrados a los usuarios son una importante causa de exclusión de la atención requerida. Además, cuando las personas tienen que comprar atención sanitaria a un precio por encima de sus posibilidades, los problemas de salud pueden desembocar rápidamente en una situación de pobreza o bancarrota. Por ese motivo, la ampliación de la oferta de servicios debe correr pareja con la protección social en salud, que se consigue estableciendo sistemas de mancomunación de fondos y de prepago en sustitución del pago directo de honorarios por parte de los usuarios. Las reformas destinadas a garantizar la cobertura universal –esto es, el acceso universal unido a la protección social en salud –constituyen una condición indispensable para mejorar la equidad sanitaria. Como se observa en los sistemas que han logrado una cobertura casi universal, esas reformas se deben complementar con otra serie de medidas dinámicas para llegar a los grupos desatendidos, que son aquellos en los que los servicios y la protección social apenas ayudan a contrarrestar las consecuencias sanitarias de la estratificación social.

Muchas personas de esos grupos dependen de redes de atención que se encargan de la salud de comunidades enteras. Aquí es donde entra en juego el segundo conjunto de reformas: las reformas de la prestación de servicios.

El propósito de las reformas de la prestación de servicios es transformar la prestación de atención sanitaria convencional en atención primaria, optimizando la contribución de los servicios de salud –los sistemas de salud locales, las redes

de atención sanitaria y los distritos sanitarios –a la salud y la equidad, y respondiendo al mismo tiempo a las crecientes expectativas respecto al objetivo de «poner a las personas en el centro de la atención sanitaria creando una armonía entre mente y cuerpo y entre las personas y los sistemas». Estas reformas no son sino un subconjunto de las reformas de la APS, pero tienen tal importancia que a menudo han ocultado la agenda más amplia de la APS. A la consiguiente confusión se ha añadido la simplificación excesiva de lo que la atención primaria entraña y de lo que la distingue de la atención sanitaria convencional.

Numerosos datos científicos avalan las ventajas comparativas, en cuanto a eficacia y eficiencia, de la atención de salud organizada como atención primaria centrada en las personas. Pese a las diferencias en la terminología empleada, sus características principales están bien definidas (atención centrada en las personas, integralidad e integración, continuidad asistencial y participación de los pacientes, las familias y las comunidades). Una atención con estas características requiere servicios de salud organizados en consecuencia, con equipos multidisciplinarios cercanos a los usuarios que se ocupen de un grupo de población determinado, colaboren con los servicios sociales y otros sectores y coordinen las contribuciones de los hospitales, los especialistas y las organizaciones comunitarias. El reciente crecimiento económico ha traído consigo recursos adicionales para la salud, lo cual, unido a la creciente demanda de resultados mejores, crea excelentes oportunidades para reorientar los servicios de salud existentes hacia la atención primaria, no sólo en los lugares que cuentan con recursos, sino también en aquellos donde los fondos son escasos y las necesidades, muchas. En los numerosos países de ingresos bajos y medios en que la oferta de servicios está en una fase de expansión acelerada,

existe ahora la posibilidad de tomar un rumbo que quizá evite algunos de los errores cometidos en el pasado en los países de ingresos altos.

## **2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES**

### **¿POR QUÉ LA CALIDAD AUMENTA LA PRODUCTIVIDAD?**

#### **La producción como sistema**

La preocupación por la calidad abarca a toda la línea de producción. Desde los insumos de los proveedores hasta el consumidor.

El proveedor de los insumos es un aliado. Hay que trabajar con él para mejorar continuamente los materiales y equipos del aprovisionamiento.

Los ensayos son parte importante para la mejora continua. Deben estar presentes en la recepción, los procesos de producción y la entrega para la distribución.

El consumidor constituye el elemento más importante. Hay que orientar la producción hacia sus necesidades, actuales y futuras. De ahí la labor de investigación sobre el consumo. Tal investigación es básica para el diseño y los continuos ajustes del mismo.

#### **El Círculo de Deming**

El llamado Círculo de Deming constituye una herramienta valiosa para llevar adelante la mejora del total del proceso de producción o de alguna de sus partes.

Constituye al mismo tiempo, un símbolo de la mejora continua.

El círculo está representado por las siguientes partes o acciones.



Planear lo que se pretende alcanzar, incluyendo con ello la incorporación de las observaciones a lo que se viene realizando.

Hacer o llevar adelante lo planeado.

Chequear o verificar que se haya actuado de acuerdo a lo planeado así como los efectos del plan.

Actuar a partir de los resultados a fin de incorporar lo aprendido, lo cual es expresado en observaciones y recomendaciones.

El círculo representa en cuadrantes estas acciones, las cuales se deben aplicar indefinidamente.

### **Los Principios de Deming**

Lo que así denominamos corresponden a 14 puntos expresados por Deming como base para la transformación hacia la calidad. Se deben adoptar y actuar sobre estos catorce puntos como una demostración del interés de los directivos por enrumbar la empresa hacia la calidad. Se trata de lograr los siguientes propósitos: permanecer en el negocio, proteger la inversión así como los puestos de trabajo. Son los siguientes.

Ser constante en el propósito de mejorar el producto y el servicio.

Hay ser constantes para enfrentar los problemas del presente y del futuro. Ahora hay que mantener la calidad del producto. Para el futuro, hay que ser igualmente constante en el propósito y la dedicación. Hay que innovar para el futuro. Investigar. Mejorar el diseño.

**Adoptar la filosofía de la calidad.**

Aquí Deming se refiere al cambio del mercado internacional provocado por el auge de la producción japonesa. Invita a los norteamericanos, o a productores de cualquier otro país, a abandonar la política de producción basada en los errores, defectos, materiales no apropiados, trabajadores temerosos, gerentes no identificados con la empresa, suciedad y vandalismo.

Acabar con la práctica de hacer negocios sobre la base de sólo el precio.

Comprar sólo en base al precio termina en una baja calidad e incremento de los costos. Al evaluar a los proveedores, será un error hacer sólo en función del precio. No se puede desligar el precio con la calidad. De esta manera la relación con el proveedor será de largo plazo, pidiéndole la mejora continua.

Mejorar constante y continuamente el sistema de producción y servicios.

Cada producto debe ser trabajado y tratado como si fuese único. La calidad comienza con la idea y se mantendrá en todas y cada una de las actividades del proceso de producción, y de ahí hasta el consumidor, buscando entender el propósito, la forma y el uso del consumo. Los ensayos ayudarán a la mejora continua del producto.

**Implantar la formación de operarios y gerentes.**

Los directivos deben aprender todo lo relacionado con la empresa. Desde los insumos hasta la forma cómo el cliente acepta el producto. Se debe entrenar trabajando en todos los procesos de producción.

Igualmente los operarios deben tener oportunidades constantes de formación buscando aprovechar sus habilidades en la forma más adecuada en cada caso.

Adoptar e implantar el liderazgo.

Deming hace una distinción clara entre supervisor y líder. La dirección no consiste en supervisar, sino en liderar. El líder debe conocer el trabajo a su cargo.

Eliminar las barreras para que el operario esté orgulloso de su trabajo.

### **Desechar el miedo.**

Para brindar lo mejor de sí no hay que tener miedo. Hay que sentirse seguro.

Ello permite introducir conocimientos nuevos. Preguntar por lo que no se sabe.

Perder el miedo a equivocarse. A proponer ideas de mejora.

### **Derribar las barreras entre las áreas de la empresa.**

Hay que optimizar el trabajo total, por encima del trabajo de las áreas individuales. Desde el diseño hasta las ventas. Ello incluye el conocimiento del interés de los clientes.

### **Eliminar los eslóganes, exhortaciones y metas para el trabajo.**

Con éstos lo que se consigue es que los trabajadores piensen que las mejoras sólo dependen de cada uno y no del conjunto. Pueden generar frustraciones y resentimientos.

### **Eliminar las metas numéricas para los trabajadores.**

Se trata de los cupos de rendimientos por hora. Generalmente se establecen a partir de los promedios. Puede evitar la mejora de la calidad y la productividad.

Ahoga la satisfacción por el trabajo bien hecho.

Eliminar las barreras que limitan a la gente de su derecho a estar orgullosa de su trabajo. Esto es válido tanto para los directivos como para los operarios. El

trabajador debe conocer que su trabajo está bien hecho, y sentirse orgulloso del mismo.

### **Estimular la educación y el auto mejora de todos.**

Cada día debemos preguntarnos sobre lo que hemos aprendido. Deben estar abiertas las oportunidades de educación y aprender por sí mismo.

Actuar para lograr la transformación.

Los directivos deben conocer el significado y alcances de los trece puntos anterior, y actuar en consecuencia para conseguir el cambio.

### **El triángulo de la Calidad**

Deming aborda el tema de la calidad preguntándose qué es, quién la define, quién decide comprar o no. Aclara distintas situaciones. De una parte, reconoce que el cliente no siempre se encuentra en condiciones de expresar su interés por un producto (esto es particularmente claro en el caso de artículos nuevos: ¿quién hubiera pedido una computadora personal hace cincuenta años?). Ello permite reconocer también que la calidad de un producto no es estática, que cambia con el tiempo. A su vez, el operario mira la calidad a partir de sentirse satisfecho y orgulloso de su trabajo. Para el gerente, la calidad está en el cumplimiento de las especificaciones (7).

Finalmente, en lo que a calidad en salud respecta, una definición que ha ido ganando adeptos es la dada por el Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos de Norteamérica y que se refirió a calidad como "el grado por el cual los Servicios de Salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y éste es consistente con el conocimiento profesional actual". Sin embargo, es muy poco probable que una sola definición de calidad

en salud sea aplicable en todas las situaciones. En todo caso, la calidad en salud siempre lleva implícitos 2 conceptos que son: 1. La excelencia técnica, esto es, decisiones adecuadas y oportunidad en la toma de las mismas, habilidad en el manejo de algunas técnicas y buen juicio para proceder. En otras palabras, "hacer lo correcto, correctamente" y 2. Adecuadas interacciones entre los agentes involucrados en dar y obtener salud, las que deben caracterizarse por fluidez en las comunicaciones, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad.

### **LA RELACIÓN EQUIPO DE SALUD-PACIENTE-FAMILIAR**

Se destaca la notable significación de los principios sistémicos, de objetividad, multifactorialidad, historicismo y de la práctica social transformadora, en su aplicación a la gestión asistencial y se argumenta que en las condiciones mundiales actuales del ejercicio de la medicina, la clásica relación médico paciente se ha expandido a relación equipo de salud-paciente-familiar. Se comentan brevemente algunos factores determinantes de las modificaciones de la relación médico paciente (RMP) originalmente limitada al facultativo y al enfermo. Se discuten los resultados de un estudio preliminar donde se exploraron en un centro asistencial, las apreciaciones de pacientes y estudiantes sobre el significado del desempeño interpersonal y cumplimiento idóneo de sus funciones, de los miembros del equipo de salud en sus niveles, profesional, técnico, administrativo y auxiliar. Invita a la reflexión sobre los efectos nocivos que pueden derivarse del trato inadecuado de los diferentes integrantes del equipo y se propone que el médico, como responsable básico de este se preocupe por sensibilizar a sus compañeros en relación con el significado de sus actitudes y comportamientos ante los enfermos y sus familiares.

Los avances de las ciencias médicas, al ampliar la primitiva gestión diagnóstico-terapéutica y determinar el actual espectro de acciones promocionales, protectoras, preventivas, epidemiológico-sanitaristas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras, docentes, investigativas, periciales, gerenciales y editoriales, determinaron la necesaria proyección multidisciplinaria y desde entonces, la figura única del prestador de ayuda devino en equipo de salud, integrado ahora no sólo por profesionales, técnicos y tecnólogos, sino también por personal administrativo y auxiliar que cumplen funciones nada desestimables según su perfil laboral e interactúa necesariamente en el plano interpersonal con el otro componente de la relación otrora limitado al paciente, pero ampliado en nuestros días a los familiares, vecinos allegados, compañeros de trabajo y representantes de organizaciones sindicales políticas y de masas, -todos y cuanto más, mejor- interesados por la situación de un enfermo o por el mantenimiento de la salud en quien la disfruta

### **PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES**

Con la participación de la población en el proceso de desarrollo local, se garantiza la responsabilidad y el cuidado de la obra, la comunidad se hace responsable, vigila su propio desarrollo. Se origina así una nueva actitud de los pobladores ante las autoridades locales, al no esperar que éstas atiendan todos sus problemas, si no que la población resuelva los que estén dentro de sus posibilidades, tratando así de asegurar el bienestar general. ¿Por qué se hace necesaria la participación ciudadana?

A través de la participación ciudadana, de una forma ordenada y organizada, se puede comenzar a subir el primer escalón para lograr el desarrollo del municipio y por tanto nuestro propio desarrollo.

De manera organizada las comunidades pueden formar parte en la toma de decisiones, priorizando las acciones en base a sus necesidades y recursos disponibles en coordinación con las autoridades locales.

Con la participación ciudadana se involucra a los sujetos sociales más desfavorecidos en la definición de estrategias y en el reparto de beneficios.

Con la participación la población puede colaborar en el mejoramiento y cuidado de los servicios públicos de su comunidad. Requisitos necesarios para la participación ciudadana.

El principal requisito es la organización de la comunidad para trabajar en equipo y para trabajar con las demás organizaciones ya sean del municipio o de otro tipo de organización como un organismo internacional.

Existen otros requisitos que se hacen necesarios para lograr la participación, entre otros están

- Se deben asumir responsabilidades y obligaciones.
- Se deben mantener canales de comunicación fluidos con las autoridades y con la población en general (18).

## **2.4 BASES EPISTEMICAS**

### **LA HISTORIA CLÍNICA**

Según el Manual de Organización y Procedimientos en Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Ministerio del conjunto de documentos que recoge toda la información de la atención médica que se ofrece al paciente. Se mantendrá una Historia Clínica por cada paciente que se atienda en la institución,

independientemente de que el régimen de atención sea hospitalario o ambulatorio.

La Historia Clínica es el documento en el cual se inicia y registra la atención integral del paciente, tanto durante su hospitalización como en la atención ambulatoria, siendo obligada su utilización para toda atención que se brinde al paciente en una institución del Sistema Nacional de Salud.

La Historia Clínica es un documento público, propiedad de la institución de salud por lo que se prohíbe terminantemente su extracción, a excepción de algunos casos, previa autorización expresa del Director.

El Departamento de Registros Médicos y Estadística es el responsable de la guarda y cuidado de la Historia Clínica, excepto en los policlínicos donde estará a cargo del personal del consultorio médico.

Los datos obtenidos en la Historia Clínica son para uso médico, científico, docente y legal y todo el personal de la institución está obligado a mantener reserva sobre su contenido, siendo sancionable la falta de discreción.

### **EL ENFOQUE DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.**

Calidad en las instituciones de salud es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas. El concepto de calidad es un término que se origina de la gerencia empresarial donde los productos son tangibles. En el caso de las instituciones de salud su producto son servicios que tienen las características de ser intangibles y se pueden identificar dos tipos de calidad:

Calidad técnica: es la aplicación de la ciencia y tecnología médica de forma que maximice los beneficios de la salud, sin aumentar de forma proporcional los



riesgos en la atención mediante el cual se espera poder proporcionar al usuario externo el máximo y más completo bienestar, logrando un equilibrio más favorable de riesgo y beneficio.

La calidad sentida: es la satisfacción razonable de las necesidades de los usuarios externos después de utilizar los servicios de calidad de la institución. Está en la subjetividad y debe ser explicada por ellos. Calidad es el cumplimiento de las normas técnicas y la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios.

Relaciona la entrega amable y respetuosa de los servicios con un contenido técnico. Mejorar la calidad implica un proceso de búsqueda de los medios que modifiquen la calidad técnica sentidas de los usuarios.

La OPS/OMS propone como definición de calidad de las instituciones:

- Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos.
- Un mínimo de riesgo para los usuarios externos e internos.
- Alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos de las instituciones.

## **DIMENSIONES DE LA CALIDAD**

Las tres dimensiones de la calidad en los servicios de salud:

La dimensión técnico científica con lo cual se pretende garantizar servicios seguros a los usuarios dentro de la balanza riesgo beneficio, La dimensión administrativa referida a las relaciones prestadores consumidores que se relacionan con los proceso de atención de que dispone la organización, y se hace un especial énfasis a La dimensión humana tradicionalmente desconocida

y poco tratada cuando se habla de calidad siendo la parte fundamental de la atención en salud ya que la razón de ser del servicio de salud es el ser humano como un todo biopsicosocial.

## **DIMENSIONES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL**

### **ACCESIBILIDAD**

Facilidad con que el paciente puede obtener un servicio o la asistencia que necesita

Indicadores

- Satisfacción con la comunidad
- Acceso para capacitados y ancianos
- Patologías respiratorias

### **COMPETENCIA PROFESIONAL**

Capacidad del equipo de salud para utilizar lo más avanzados conocimientos, tecnologías y recursos disponibles para resolver los problemas de salud de los pacientes y producir su máxima satisfacción y seguridad de la atención. Tiene dos componentes:

#### **Calidad Técnica**

- Calidad de diagnóstico.
- Calidad de tratamiento.

- Calidad de control y seguimiento.
- Calidad de información.
- Calidad de educación.

### **Relaciones interpersonales**

Indicadores

- Cumplimiento de normas protocolos y guías clínicas.
- Número de personal capacitado.
- Satisfacción con la atención.

### **EFFECTIVIDAD**

Es el grado en que la asistencia se proporciona del modo correcto según el conocimiento y los recursos disponibles

Indicadores

Índice de mortalidad. Índice de ocupación.

Tiempo de demora del servicio.

### **EFICIENCIA**

Es conseguir el más alto nivel de calidad al menor costo razonable

Indicador

Promedio de días por patologías.

### **SATISFACCIÓN DEL PACIENTE**

Grado con que la atención brindada satisface las necesidades y expectativas del paciente y su familia

Indicadores

Satisfacción general y por servicio con la atención.

Satisfacción con los procedimientos administrativos.

Tiempo de respuesta a los reclamos.

### **OPORTUNIDAD**

Grado en que se proporciona la atención cuando el paciente lo necesite

Indicadores

- Tiempo de espera en la sala.
- Demora en las remisiones de las sesiones.
- Tiempo de respuesta a las reparaciones de equipos, médicos e instalaciones.
- Patologías en auge.

### **ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE Y EN SU FAMILIA**

Significa organizar la atención de salud pensando en los pacientes más que en los prestadores de salud

Implica integrar a los pacientes y a sus familiares en todos los aspectos de la atención

Indicadores

- Resguardo de la dignidad de los pacientes.
- Alternativas diagnósticas y terapéuticas.

## SEGURIDAD CLÍNICA DE LOS PACIENTES

Atención de salud libre de daños evitables

Indicadores

- Error en administración de medicamentos.
- Seguridad de equipamientos.
- Seguridad de las instalaciones.

La Dra. Beatriz Zurita en relación a las bases conceptuales de la calidad total menciona lo siguiente: “Las tomo de mis maestros

Michigan, considerado padre de la Calidad de la Atención en Salud, quién en los tres tomos de su obra señala el camino a seguir; y en Calidad de Servicios del Dr. Enrique Ruelas Colepa, profesor y amigo. ¿Por qué ahora necesitamos de la calidad total o garantía de la calidad en salud? Por un lado los costos son elevados, esto es un problema principal hasta de los países desarrollados como EE.UU. y los de Europa, que nos han llevado a la guerra de la garantía de la calidad; por el otro lado, en nuestros países tenemos necesidad de incrementar la cobertura con recursos limitados, y esto quiere decir que con los recursos que tenemos, logremos mejorar la salud de nuestras poblaciones, dentro de una crisis económica y una pérdida de la legitimidad, y que ya no hay mucha diseminación del concepto y los métodos más que en algunos países como en Portugal y no tanto en los nuestros, las demandas hacia los médicos sobre la atención a la salud y que tengan que presentarse ante abogados y juicios, con tal de demostrar que si realmente estuvieron haciendo lo mejor. Los pacientes son las diferentes presiones que han llevado a que se vuelva de moda la garantía de la calidad o mejoramiento continuo de la calidad”

## **OBJETIVOS DE LA CALIDAD**

- Determinar las necesidades y expectativas de los clientes y de otras partes interesadas, Establecer la política y objetivos de la calidad de la organización,
- Determinar los procesos y las responsabilidades necesarias para el logro de los objetivos de la calidad,
- Determinar y proporcionar los recursos necesarios para el logro de los objetivos de la calidad,
- Establecer los métodos para medir la eficacia y eficiencia de cada proceso,
- Determinar los medios para prevenir no conformidades y eliminar sus causas,
- Establecer y aplicar un proceso para la mejora continua del sistema de gestión de la calidad.

Este enfoque también puede aplicarse para mantener y mejorar un sistema de gestión de la calidad ya existente.

La mala calidad de los servicios de salud en el país, posicionó a México en el lugar 55 de 64 países, según una comparación de la calidad de los servicios de salud de la OMS Esta posición se debió, no solo a la mala infraestructura y a la falta de insumos que también representan un serio problema, sino a problemas con el personal y los sistemas administrativos.

Según otra encuesta realizada por el Banco Mundial (2001), la insatisfacción de los pacientes de los servicios de salud es mayor al 50 %. La encuesta reveló que

el 40% de los pacientes sentía que no se les trataba adecuadamente, 52% consideraba que había demasiada burocracia y 8% que no había recibido el tratamiento médico cuando lo había necesitado.

### **CAPITULO III**

#### **MARCO METODOLOGICO**

### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

- Descriptivo

### **3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN**

Transversal

#### **AMBITO**

El estudio se realizó en el Subcentro de Salud “El Bosque” en el distrito de Santa Rosa-Lima.

#### **PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN**

Agosto hasta Noviembre del año 2014

#### **RECURSOS EMPLEADOS**

##### **Recursos Humanos:**

- Investigador
- Tutor

##### **Recursos Físicos:**

- Elementos bibliográficos
- Equipo de computación
- Hojas de papel bond
- Bolígrafos
- Materiales de escritorio
- Grabadora y cámara fotográfica



### 3.3 UNIVERSO/POBLACION Y MUESTRA

#### UNIVERSO

Todos los usuarios que reciben atención en el Subcentro de Salud “El Bosque” en el distrito de Santa Rosa.

#### MUESTRA.

Lo constituyen los usuarios que fueron evaluados a través de un cuestionario tipo encuesta que acudieron a la atención en el subcentro de salud “El Bosque” de Santa Rosa.

Cálculo del tamaño de la muestra

$n =$  Tamaño de Muestra

$E =$  Error estándar admisible (0.05)

$N =$  tamaño del Universo

$$n = \frac{N}{\dots}$$

$$E^2 (N - 1) + 1$$

$$n = \frac{21029}{\dots}$$

$$(0.05)^2 (21029 - 1) + 1$$

$$n = \frac{21029}{\dots}$$

$$(0.0025) (21028) + 1$$

$$n = \frac{21029}{\dots}$$

$$52,57 + 1 \quad n = \frac{21029}{\dots}$$

53,57 n= 392.53

### **3.4 TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS:**

Las técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos utilizados han sido: la observación, el análisis documental y la encuesta. Los cuadros gráficos, estadísticos y su interpretación.

### **3.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Los instrumentos de recolección de datos utilizados han sido los siguientes:

- Encuesta.
- Guía de Análisis Documental.
- El fichaje.

## **CAPITULO IV**

## **RESULTADOS**

**Identificar la demanda de servicios, las coberturas de vacunación y la filiación de los usuarios considerando edad, sexo y procedencia.**

## **INDICADORES DEMOGRÁFICOS**

División Geopolítica, Localidades

Límites Geopolíticos

El área de cobertura del subcentro “El Bosque” se encuentra

- Al norte de Lima.

El distrito peruano de Santa Rosa es una localidad litoral del Perú situada al noroeste de Lima\_Metropolitana. Es la capital y único centro poblado del distrito homónimo de la provincia\_de\_Lima, bajo la administración de Lima\_Metropolitana.

El distrito fue creado el 6 de febrero de 1962 mediante Ley N° 13982, en el segundo gobierno del Presidente Manuel Prado Ugarteche.

### **Límites**

El distrito limita:

- Al norte, al sur y al este con el Distrito de Ancón.
- Al sur también con el Distrito de Ventanilla (Callao).
- Al oeste con el Océano Pacífico.

### **Extensión**

Tiene una extensión de 21,5 km<sup>2</sup>

### **Población**

Estimada superior a los 18,028 mil habitantes.

Entre los principales clubes sociales peruanos que tienen una sede en este distrito destaca el Club de la Unión (que tiene aquí su sede de playa).

En el Autódromo Henry Bradley de este distrito se llevaban a cabo competencias de autos como las "6 Horas Peruanas".

### **Municipales**

Alcalde de Santa Rosa

- Periodo 2011-2014<sup>1</sup>
- Alcalde: Carlos Arce Arias, del Partido Solidaridad Nacional (PSN)
- Regidores: George Robles Soto

### **Religiosas**

- Parroquia de Santa Rosa
- Párroco: Pbro. Vicent Fondt Pedro.
- Agosto: Santa Rosa de Lima.
- Septiembre: Virgen Natividad Chinlla.
- Octubre: Señor de los Milagros

### **Estructura poblacional**

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS GRUPOS DE EDAD**

	<b>NÚMERO DE PERSONAS</b>	<b>%</b>
Menor de 1 año	309	2,00%
12 a 23 meses	319	2,00%
1 a 4 años	1295	7,00%
5 a 9 años	1722	9,00%
10 a 14 años	1757	10,00%
15 a 19 años	1782	10,00%
20 a 64 años	9769	54,00%
65 a 74 años	655	4,00%
75 y más años	419	2,00%

Fuente: Servicio de Estadística del Subcentro de Salud “El Bosque en el distrito de Santa Rosa

Análisis: La población en el año 2014 es de 18028 personas del área de cobertura del subcentro “El Bosque”, en la que se des comprendidas entre 20 a 64 años con el 54%, le siguen los adolescentes, grupos de 10 a 14 años y de 15 a 19 años con el 10% cada uno están, los menores de 5 años son el 11% y los adultos mayores presentan el 6% de la población.

**Distribución de la población según los grupos de edad**

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS GRUPOS PROGRAMÁTICOS**

	NÚMERO DE PERSONAS	%
Menor de 1 año	309	1,00%
12 a 23 meses	319	1,00%
1 a 4 años	1295	3,00%
5 a 9 años	1722	5,00%
10 a 14 años	1757	5,00%
15 a 19 años	1782	10,00%
20 a 64 años	9769	26,00%
65 a 74 años	655	2,00%
75 y más años	419	1,00%
Embarazadas	387	1,00%
Edad fértil		
10 a 49 años	5950	16,00%
15 a 49 años	5074	13,00%
Detención oportuna		
Doc. Mamario		
25 64 años	4284	11,00%

## Doc. Cervico uterino

35 a 64 años	2764	7,00%
5 años	356	1,00%
6 años	357	1,00%
10 años	361	1,00%
11 años	361	1,00%
65 años	83	1,00%

Fuente: Servicio de Estadística del Subcentro de Salud "El Bosque del distrito de Santa Rosa-Lima

Análisis: Por grupos programáticos están los diferentes grupos los etáreos que reciben atención integral intra y extra mural de prevención, curación promoción y rehabilitación, embarazadas, de planificación familiar, detección oportuna de cáncer Cervico Uterino y mamario; los escolares que reciben atención integral de salud escolar y programas de adultos mayores.

### Distribución de la población según los grupos programáticos

#### ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN

	Hombres	Mujeres	Total
Separados	2,2%	4,9%	3,6%
Viudos	1,5%	4,9%	3,2%
Divorciados	1,2%	2,2%	1,7%

Casados	30,9%	30,9%	30,9%
Solteros	42,2%	34,9%	38,5%
Unidos	21,7%	22,1%	21,9%

Fuente: INEI

## Estado civil de la población

### NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Nivel de Instrucción	Población Total (%)	Área Urbana (%)	Área Rural (%)
No declara	7,4	7,1	11,5
Postgrado	0,1	0,1	0
Superior	11,8	12,4	3,5
Postbachiler	0,8	0,8	3
Secundaria	32,8	33,5	22,8
Primaria	43,5	42,7	53,9
Centro de Alfab.	0,4	0,4	0,3
Ninguno	3,2	3	5,8

Fuente: INEI

Análisis: Del último Censo realizado el 2012 a la fecha no existe información disponible por lo que se presenta el registro de censo del 2010, donde se puede observar que hay un mayor porcentaje de población con instrucción primaria en un 43,5%, con instrucción secundaria un 32,8%, instrucción superior un 11,8% y



con no alfabetos un 3,2% estos últimos predomina en el sector rural en un 5,8%, igualmente en el mismo sector prevalece la instrucción primaria con un 53,9%.

### **CONDICIONANTES EPIDEMIOLÓGICOS, INDICADORES.**

Prevalencia de morbilidades en los usuarios del subcentro de Salud "ElBosque".

Diez principales causas de morbilidad total

SCS. "El Bosque" desde el 01/01/2014 hasta el 31/12/2014

<b>NÚMERO DE</b>	<b>CODIGO</b>	<b>ENFERMEDADES</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
ORDEN			7895	100,0
1	K02	CARIES DENTAL	2059	26,1
2	B89	ENFERMEDAD PARASITARIA, NO ESPECIFICADA	710	9,0
3	J00	RINOFARINGITIS AGUDA RESFRIADO COMÚN	612	7,8
4	N39	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA URINARIO	347	4,4
5	J02	FARINGITIS AGUDA	337	4,3
6	K05	GINGIVITIS Y ENFERMEDADES PERIODONTALES	302	3,8

7	A09	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	272	3,4
8	K08	OTROS TRASTORNOS DE LOS DIENTES	253	3,2
9	A06	AMEBIASIS	243	3,1
10	N76	OTRAS AFECCIONES INFLA. DE LA VAGINA	234	3,0
		OTRAS	2526	32,0
		POBLACIÓN	18.028	

Fuente: Servicio de Estadística del Subcentro de Salud “El Bosque del distrito de Santa Rosa-Lima

Análisis: Las odontólogas han atendido 26,1% de caries dental, gingivitis y enfermedades periodontales con 3.8%, trastornos de los dientes con 3,2% dando un total de 33%. La Obstetras afecciones inflamatorias de la vagina con 3% y el restante corresponden a las atenciones realizados por los médicos destacándose las parasitosis con 9%, amebiasis 3,1%, en las IVU 4,4% en las IRA están las rinofaringitis aguda resfriado común 7,8% faringitis aguda 4,3% y las demás 32%. Significativamente es menor del 50% el número de atenciones en relación a la población asignada.

## **PROCEDENCIA DE USUARIOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD**

**“EL BOSQUE”**

Todos los usuarios que acudieron por atención al subcentro de salud “El Bosque” durante el año 2014 correspondieron al área de cobertura, procedentes de las zonas rurales y urbanas.

Atenciones en el subcentro de salud el bosque en el periodo del 01 de enero 2014 al 31 de diciembre del 2014

NÚMERO DE PROFESIONALES Total FEMENINO MASCULINO

2	MÉDICOS	8467	4975	3483
1	OBTETRIZ	4887	4887	
2	ODONTÓLOGAS	5265	2954	2311

Fuente: Servicio de Estadística del Subcentro de Salud “El Bosque del distrito de Santa Rosa –Lima.

Análisis: Se observa que se realizan 18619 atenciones entre primeras consultas y subsecuentes y se destaca que el mayor porcentaje de atenciones las realizan los Médicos en un 46%, en menor porcentaje las atenciones de las Odontólogas con 28%, las Obstetras con 26%. En relación al sexo el femenino corresponde al mayor número en las atenciones

Atenciones en el subcentro de Subcentro de Salud el Bosque periodo 01 de enero al 31 de diciembre del 2014

Actividades De Laboratorio del Subcentro de Salud “01/01/2014 hasta el: 31/12/2014

ATENCIONES DE ATENCIONES				% DE
DE				
COMPONENTES	LABORATORIO			METAS
LABORATORIO				
PROGRAMADAS	CUMPLIDAS			
REALIZADAS				
LABORATORIO	HEMATOLÓGICOS	2500	2658	106,3%
	BACTERIOLÓGICOS	0	0	0
	QUÍMICA SANGUÍNEA	50	57	114%
CLINICO	MATERIAS FECALES	1600	1655	103,4%
	ORINA	1200	1405	117%
	OTROS EXÁMENES	4000	4124	103,1%
ANATOMÍA	TOTAL DE EXÁMENES	9000	9899	109,9%

PATOLÓGICA	HISTOPATOLÓGICOS	0	0	0
	AUTOPSIAS MÉDICOS	0	0	0
	LEGALES CLÍNICAS	0	0	0
IMAGENOLOGIA	ECOGRAFÍAS	0	0	0
	RADIO TERAPIA PROFUNDA	0	0	0
OTRAS	ELECTROENCEFALOGRAMAS	0	0	0
PRUEBAS DE	ELECTROCARDIOGRAMAS	0	0	0
DIAGN.	METABOLISMO BASAL	0	0	0
ISOTOPOS	OTRAS PRUEBAS	0	0	
	ESTUDIOS DE	0	0	0
	FERROQUINOS	0	0	0

ESTUDIOS DE VOLUMEN	0	0	0
SANGUÍNEO	0	0	0
OTROS	0	0	0
FARMACIA RECETAS DESPACHADAS	15000	15786	105,2%
KILOS DE ROPA LAVADA	160	170	106,2%

Fuente: Servicio de Estadística del Subcentro de Salud "El Bosque"

Análisis: La información obtenida señala que se alcanzaron las metas, se lograron más del 100% de los exámenes de laboratorio clínico y Anatomía Patológica programados durante el 2014 lo que indica la alta demanda. Cabe resaltar que estos fueron realizados por una profesional, la que no cuenta con auxiliar de laboratorio.

### **REGISTRAR EL EQUIPO DE PROVEEDORES CON QUE CUENTA EL SUBCENTRO.**

Recursos Humanos

NÚMERO	FUNCION	HORAS ASIGNADAS	HORAS TRABAJADAS	DÍAS TRABAJADOS
2	Licdas en Enfermería	2206	2206	314

1	Obstrettriz	2396	2021	267
1	Doctora en Bioquímica	2396	2125	280
2	Médicos	3438	2119	365
2	Odontólogas	2604	2526	393

## NÚMERO DESCRIPCIÓN

1 Auxiliar de Servicios Varios

1 Inspector

2 Estadístico Auxiliar

Fuente: Servicio de Estadística del Subcentro de Salud "El Bosque"

Las enfermeras, odontólogas, obstetra y la doctora en bioquímica si cumplen con estos, mientras que los médicos tienen una diferencia significativa. Se requirió la información sobre los motivos y se observó por el lapso de cuatro meses en la unidad atendió un médico por renuncia del otro profesional, tiempo en el cual no hubo reemplazo.

## **CARACTERIZAR EL CRITERIO DE LOS USUARIOS SOBRE INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO, CALIDAD TÉCNICA Y CALIDEZ DE ATENCIÓN.**

### **CRITERIOS SOBRE INFRAESTRUCTURA**

La presentación del subcentro

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	87	22,00

		120
Muy bueno	1 56	40,00
Bueno	127	32,00
Regular	23	6,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

Análisis: Un 40% de los encuestados considera como muy buena la presentación de este subcentro, un 32% indica que es bueno, con criterio de excelente un 22% y con regular un 6%.

### **La organización en este subcentro**

#### ALTERNATIVAS ENCUESTADO %

Excelente	104	26,00
Muy bueno	137	35,00
Bueno	133	34,00
Regular	19	5,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

Análisis: En relación a la organización un 35% de los usuarios indican como muy buena, un 34% como bueno, un 26% de excelente y un 5% como regular



**Acudieron a este servicio en ocasiones anteriores**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Si	379	96,00
No	14	4,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

Análisis: El 96% de los encuestados indican que ha recibido atenciones en esta unidad con anterioridad, y solo un 4% señalan que acuden por primera vez.

**Acudieron a este servicio en ocasiones anteriores****La señalización que tiene esta unidad**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	78	20,00
Muy bueno	162	41,00
Bueno	137	35,00
Regular	14	4,00
Mala		0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: La señalización en el Subcentro un 41% comentó como muy buena, un 35% como buena, con calificación de excelente un 20% mientras que un 4% indica una calificación de mala.

### **Los asientos en la sala de espera**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	51	13,00
Muy bueno	72	18,00
Bueno	186	48,00
Regular	79	20,00
Mala	5	1,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: con respecto a la comodidad de los asientos en la sala de espera una mayoría del 48% califica como buena y un 20% como regular. Con calificación de muy buena un 18%, con excelente 13% y finalmente como mala 1%.

### **El espacio en la sala de espera**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	27	7,00
Muy bueno	74	19,00
Bueno	187	48,00

		123
Regular	96	24,00
Mala	9	2,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: El criterio de los encuestados en relación al espacio de la sala de espera menciona en un 48% como buena y en un 24% como regular. Y en menor proporción con un 19% como muy buena, en un 7% como excelente y como mala 2%

### **La limpieza en los diferentes ambientes de este subcentro**

#### ALTERNATIVAS ENCUESTADOS %

Excelente	32	8,00
Muy bueno	115	29,00
Bueno	175	45,00
Regular	66	17,00
Mala	5	1,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: Señala que la limpieza en los ambientes de esta unidad mayoritariamente expresan un 45% como buena y un 17% como regular. Y en menor proporción un 29% como muy bueno, con criterio de excelente el 8% y como mala 1%

### La ventilación en los diferentes ambientes

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	33	8,00
Muy bueno	109	28,00
Bueno	177	45,00
Regular	70	18,00
Mala	4	1,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: Con respecto a la ventilación en los ambientes el criterio de satisfacción mayoritariamente señala un 45% como bueno y 18% con regular, mientras el 28% señala muy bueno, el 8% de excelente y con 15% como mala

### CRITERIOS SOBRE EQUIPAMIENTO

El equipamiento en los servicios de subcentro es:

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	39	10,00
Muy bueno	127	32,00
Bueno	170	43,00
Regular	53	14,00
Mala	4	1,00

TOTAL	393	100,00
-------	-----	--------

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: los encuestados consideran que el equipamiento de servicios del Subcentro, con una calificación de bueno un 43% y muy bueno un 32%, mientras que un 14% lo califican como regular, en un 10% como excelente y en 1% como mala

**CAPITULO V****DISCUSION DE RESULTADOS****CALIDAD TÉCNICA****La atención que recibe en este subcentro**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	81	21,00
Muy bueno	170	43,00
Bueno	122	31,00
Regular	20	5,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

Análisis: El 43% considero muy buena la atención, un 31% la calificó como buena, cabe destacar que un 21% lo menciona como excelente y un 5% calificó a ésta como regular.

**Recomiendan a otras personas para que acudan por atención al subcentro**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Si	381	97,00
No	12	3,00

TOTAL	393	100,00
-------	-----	--------

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

Análisis: El 97 % de encuestados aprueban el recomendar para que otros usuarios acudan al subcentro y un 3% muestran insatisfacción.

### **Seguirán acudiendo por atención a esta unidad**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Si	388	99,00
No	5	1.00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

Análisis: Un 99% de los encuestados consideran que seguirán acudiendo a esta unidad para recibir atención profesional y solo un 1% no lo aprueba.

### **Encontraron solución a su problema de salud**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Si	371	94.00
No	22	6.00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

Análisis: El 94% menciona que sí se solucionó los problemas de salud que presentaban, y en un 6% refieren que no tuvieron solución sus problemas de salud

Conocen el horario de atención en el subcentro

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Si	337	86,00
No	56	14,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

Análisis: con relación al horario de atención el 86% mencionan que si conocen el horario de atención en el subcentro, mientras que un 14% indica no conocer el horario.

#### **Recibieron material educativo**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Sí	317	81,00
No	76	19,00
TOTAL	393	100.00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

Análisis: en relación al material educativo un 81% indica que sí lo recibieron y un 19% menciona que no lo recibieron.

#### **Obtuvieron todas las medicinas recetadas**



ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Sí	282	72,00
No	111	28,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

Análisis: en un alto porcentaje del 72% dicen sí haber recibido las medicinas prescritas en las recetas, mientras que un 28% señalan que no las obtuvieron todas.

#### **La entrega de turnos para la atención**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	33	9,00
Muy bueno	194	49,00
Bueno	122	31,00
Regular	29	7,00
Mala	15	4,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: En relación a la entrega de turno el 49% de los encuestados señalaron como muy bueno, un 31% indicaron como bueno, con un 9% como excelente, mientras que con calificación de regular un 7% y de mala un 4%.

**Identificación del personal en su mandil**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	130	33,00
Muy bueno	103	26,00
Bueno	149	38,00
Regular	11	3,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: En cuanto a la identificación que los miembros del equipo de salud tienen en su mandil un 38% indica como bueno, de excelente se pronunció 33%, con calificación de muy buena un 26% mientras un 3% menciona como mala.

**La atención que recibió**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	121	31,00
Muy bueno	128	32,00
Bueno	129	33,00
Regular	15	4,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: El criterio de los usuarios con el tipo de atención que recibió indica mayoritariamente a un 33% como bueno, con un 32% con un muy bueno, en un 31% con excelente mientras que el 4% lo menciona como regular.

### **La charla educativa que recibio**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	73	19,00
Muy bueno	157	40,00
Bueno	155	39,00
Regular	8	2,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: En la charla educativa que recibieron en el día de la encuesta califican con un alto porcentaje de un 40% como muy buena y en 39% como buena, mientras que solamente como excelente un 19% y de regular un 2%.

### **La satisfacción por la atención recibida**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	75	19,00
Muy bueno	171	44,00

		132
Bueno	139	35,00
Regular	8	2,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: La satisfacción encontrada es de un 44% como muy bueno y en un 19% como excelente, de manera intermedia un 35% con calificación de bueno y de insatisfacción como mala un 2%

#### **Tiempo de espera para ser atendido**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Menos de 30 min.	52	13,00
De 30 Min a 1Hora	215	55,00
De 1 Hora a 2 Hora	103	26,00
3Hora	12	3,00
Más de 3Hora	11	3,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: Con relación del tiempo de espera para ser atendido mayoritariamente el 55% manifiesta que fue de 30m a 1 hora, en un 26% señala que esperó de 1 hora a 2 horas, mientras que el 13% indica que esperó menos

de 30m. Otros en un 3% manifiestan que esperaron 3 horas, y en otro 3% el tiempo de espera fue más de 3 horas.

### **Tiempo de la consulta**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Más de 30 minutos	30	8,00
30 –20 min	211	54,00
20 –10 min	111	28,00
10-15 min	32	8,00
Menos de 5 min	9	2,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: en el tiempo que demora la consulta el criterio de los encuestados en un alto porcentaje de 54% menciona que fue de 30-20 min y en un 28% de 20-10 min, mientras que en un menor porcentaje del 8% señala que demora más de 30 min, otros en un 8% de 10-15min y menos de 5 min un 2%.

### **Le preguntaron si está tomando alguna otra medicación, y si esta era de tipo natural**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Sí	363	92,00
No	30	8,00

TOTAL	393	100,00
-------	-----	--------

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: El criterio de los encuestados en un alto porcentaje del 92% mencionan que si fue preguntado por el profesional que le dio atención en relación a la ingesta de otra medicación y si esta era de tipo natural, mientras que en un menor porcentaje del 8% indican que no fueron preguntados.

## **CONCLUSIONES**

1. En el subcentro de salud "El Bosque" servicios es alta en relación a la oferta del talento humano existente. Los porcentajes mayores de atención corresponden a los Médicos, Odontólogos, obstetras, Laboratorio e inmunizaciones. El sexo femenino es el género que el mayor número acuden por atención por grupos de edad, en las atenciones preventivas y de morbilidad por parte de los médicos destaca un mayor porcentaje de atenciones a niños menores de 5 años.

2.- La atención de adultos mayores tiene un significativo porcentaje. La procedencia de los usuarios que demandan atención en su gran mayoría más del 90% corresponde al área de cobertura y provienen de las aéreas urbanas y rurales.

3. Definitivamente el espacio físico es reducido, funciona en una sola planta con una sala de espera pequeña y poca ventilada para la cantidad de usuarios que diariamente acuden a esta unidad durante las 8 horas de jornada de trabajo. La climatización en razón del clima tropical es insuficiente y causan molestias a los usuarios. El resto de equipamiento es adecuado para una unidad de primer nivel.

4. En cuanto al criterio del usuario obtenido a través de la encuesta realizada sobre infraestructura, equipamiento, calidad técnica y calidez de atención mencionan quejas especialmente en la comodidad de los asientos, de la sala de espera de la ventilación, de la asignación de los turnos, del tiempo de espera para la atención, del trato del personal.

5. En porcentajes, la evaluación realizada señala la satisfacción del usuario en un 37% como muy buena, con buena en un 35%, de atención excelente en un 25% y de grados de insatisfacción en un 6% como regular y en 1% como mala.

6. El subcentro de salud el bosque requiere de un plan de mejoramiento en la calidad y calidez de la atención estableciendo estrategias que conduzca a fortalecer el proceso de atención al usuario en un mediano y largo plazo, ya que las acciones a desarrollar no son complejas y no requieren incremento de presupuesto y con el mismo personal que labora actualmente se lo puede implementar. Para lograr su puesta en marcha, el seguimiento y verificación se requiere que las autoridades de salud con la participación comunitaria y los miembros del equipo de salud lo acoja y fortalezca con una muy buena disposición.

## **RECOMENDACIONES**

1. Se sugiere incrementar los recursos humanos la demanda supera la oferta de talento humano para lograr la satisfacción del usuario. Se necesita un médico



de 8hd, el médico director pase a 8hd, una auxiliar de enfermería, una auxiliar de farmacia, una auxiliar de laboratorio, auxiliar de odontología, un guardián y conserje, una secretaria para información o servicio al cliente.

2. El nuevo modelo de atención de referencias, contra referencias, la gratuidad de los servicios, la implementación de nuevos programas como las de atención integral a los discapacitados y adultos mayores entre otros permiten que la demanda aumentó en los últimos años.

3. Se requiere gestiones para la ampliación de la infraestructura y la decisión política administrativa de las autoridades de salud que manejan el presupuesto.

4. Tener la proyección de la infraestructura del edificio para este trabajo, de esa manera podría funcionar algunos de los servicios que tienen deficiencias de espacio físico además tendría una amplia sala de espera y auditorio para las charlas educativas.

4. Se requiere mejorar de manera inmediata la infraestructura, los espacios físicos de los ambientes, ventilación incorporación de nuevos recursos humanos, capacitación con temas de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y de motivación a los miembros del equipo de salud, charlas educativas de prevención y promoción con temas relacionados a la morbilidad más frecuentes, charlas informativas de horarios, programas, campañas, reforzamiento y conformación de clubes ya existentes, del adulto mayor, discapacitados, club de jóvenes, etc. permitirían una mejor relación y llegar con educación a los usuarios y la comunidad en general.

5. Se sigue que la propuesta de mejoramiento presentado en esta investigación debería ser implementado dadas las necesidades de satisfacción

de los usuarios que acuden a esta unidad. Este plan tiene que ser liderando por la dirección del subcentro con la participación y compromiso de todos los miembros del equipo de salud y el apoyo de las autoridades de salud.

6. La calidad de atención deberá ser medido con encuestas y este plan de mejoramiento a implementarse debiera ser anualmente revisado con análisis que permitan comparar los avances del mejoramiento de la calidad de atención.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1 Álvarez Baza María del Carmen Evaluación de los criterios satisfacción del cliente/paciente y satisfacción del personal/profesional Publicado en Rev Calidad Asistencial. 2007; 22:227-33. - vol.22 núm 05 <http://www.elsevier.es/es/revistas/calidad-asistencial-256/evaluacion-los->

criterios- satisfaccion-clientepaciente-satisfaccion-personalprofesional-13110901-originales-2007

2 Avedis Donabedian, M.D.M.p.h. 1919- 2000, BIOGRAFÍA Walverly Morales Gordillo Calidad de la Atención Clínica TESM/SSNL Gestión de la Calidad abril 2010 <http://es.scribd.com/doc/51403769/Avedis-Donabedian>

3 Caligiore Corrales I. y Díaz Sosa J.A., Satisfacción del usuario del área de hospitalización de un hospital del tercer nivel Mérida. Venezuela ISSN 1695-6141, Nº. 2, 2003 <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/659/691>

4 Cantú Humberto Cultura de calidad « El Mundo de la Calidad <http://elmundodelacalidad.wordpress.com/cultura-de-calidad/>

5 Cruz Martínez Ángeles Hace falta calidez en la atención médica en el país: Julio Frenk jueves 15 de febrero de 2007 <http://www.jornada.unam.mx/2007/02/15/index.php?section=sociedad&article=045n2soc>

6 Chang de la Rosa Martha, María del Carmen Alemán Lage, Mayilée Cañizares Pérez y Ana María Ibarra Satisfacción de los pacientes con la atención médica. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999. [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15\\_5\\_99/mgi09599.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_5_99/mgi09599.htm)

7 Deming E., gestión de la calidad y BPA, Ediciones Díaz de Santos S. A. Madrid, 1989. <http://bpa.peru-v.com/Deming.htm>

8 Dirección de Información y Defensa de los Afiliados a la Seguridad Social. La Atención Primaria Reducirá la demanda en los servicios de salud. Última actualización 22/07/2011 <http://dida.gob.do/tabid/187/itemid/303/La-Atencion-Primaria-Reducir-la-demanda-en-los-se.aspx>

- 9 Espinosa Pichs Julia MsC., MsC. Lourdes Dueñas Prendes, Téc.  
Hortensia García Villa de Rey La calidad de las ofertas de información. Propuesta de un modelo de evaluación. Tesis 16 de octubre  
<http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/eventos/index/assoc/HASH01a2.dir/doc.pdf>
- 10 Ferrari María Cristina, Eduardo Alberto Díaz CALIDAD + CALIDEZ: FÓRMULA DE ÉXITO DE LAS ORGANIZACIONES DE SALUD. Publicado en el tomo III de Auditoria Médica de la Fundación Universitaria Dr. Rene Favaloro 1994 [www.facinter.br/revista/numeros/MariaCArentina.doc](http://www.facinter.br/revista/numeros/MariaCArentina.doc)
- 11 Flores Zambrana Patricia Ivonne Evaluación de un programa de capacitación para el personal de Salud sobre atención y abordaje de adolescentes en La Paz, Bolivia Educación Medica Superior v.18 n.4 Ciudad de la Habana sep.-dic. 2004 [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412004000400001&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412004000400001&script=sci_arttext)
- 12 García, Roberto E. El concepto de calidad y su aplicación en Medicina Revista médica de Chile Versión impresa ISSN 0034-9887 Rev. Méd. Chile v.129 n.7 Santiago Jul. 2001  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872001000700020&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000700020&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- 13 Gestión de la Calidad y BPA, LOS PRINCIPIOS DE DEMING  
<http://bpa.peru-v.com/Deming.htm>
- 14 González Díaz Héctor Eduardo calidad de la atención trabajo de investigación iv [Doc.] calidad de la atención  
[www.aiu.edu/.../HECTOR%20EDUARDO%20GONZALEZ%20DIA...](http://www.aiu.edu/.../HECTOR%20EDUARDO%20GONZALEZ%20DIA...)

- 15 González Menéndez Ricardo La relación equipo de salud-paciente-familiar  
Rev Cubana Salud Pública 2005; 31(4)  
[http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31\\_4\\_05/spu12405.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_4_05/spu12405.htm)
- 16 Guix Oliver Joan Calidad en salud pública Gac Sanit v.19 n.4 Barcelona jul.-  
ago. 2005 [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000400010&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000400010&script=sci_arttext)
- 17 Hospital "Dr. Rubén Miravalle"2005 Lincoln  
[http://www.lincoln.gov.ar/archivos/proyectos/plan\\_estrategico\\_hospital.pdf](http://www.lincoln.gov.ar/archivos/proyectos/plan_estrategico_hospital.pdf)
- 18 Ibáñez Martí Consuelo Participación comunitaria y diagnóstico de  
necesidades Publicado el 17 noviembre, 2008  
[http://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/2008/11/17/107090](http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2008/11/17/107090)
- 19 Manual De Organización Y Procedimientos En Registros Médicos Y  
Estadísticas De Salud Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de  
Registros Médicos y Estadísticas de Salud.  
<http://coepo.jalisco.gob.mx/PDF/Grupodesalud/SustentoTecnico/03.pdf>
- 20 March JC, Prieto A. La calidad y la salud pública: un reto hacia una salud  
pública basada en la evidencia. Rev Calidad Asistencial.  
2001.  
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/256/256v16n01a13028271pdf001.pdf>
- 21 McCauley McCauley, Cynthia Salter, M.P.H., con la colaboración de  
Karungari Kiragu, Ph.D., y Judith Senderowitz, M.A, El mejoramiento de la  
calidad Baltimore,

Maryland 21202-4012, USA. Octubre 1995

<http://www.k4health.org/pr/prs/sj47/j47chap7.shtm>

22 Massip Pérez Coralia; Rosa María Ortiz Reyes; María del Carmen Llantá Abreu; Madai Peña Fortes; Idalmis Infante Ochoa La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad abril de 2008

[http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34\\_4\\_08/spu13408.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm)

23 OMS Informe sobre la Salud en el Mundo 2008 la Atención Primaria de Salud Más Necesaria que Nunca pag. 11, 12

[http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/documentos\\_interes/OMS\\_Salud\\_en\\_el\\_mundo.pdf](http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/documentos_interes/OMS_Salud_en_el_mundo.pdf)

24 Organización Panamericana de la Salud (OPS) Federación Panamericana De Profesionales De Enfermería (Feppen) Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería Agosto 2001

<http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidservesp.pdf>

25 Otero M Jaime Dr. - Dr. Jaime I. Otero I. (Perú) ¿Qué es calidad en salud?

Dirección de los autores: [jaimetooth@terra.com.pe](mailto:jaimetooth@terra.com.pe) PUBLICADO: NOVIEMBRE

2002 [www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/que\\_es\\_calidad\\_en\\_salud.doc](http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/que_es_calidad_en_salud.doc)

26 Zurita Garza Beatriz Dra. Calidad de la Atención de la Salud 18 de Agosto

2011 <http://es.scribd.com/doc/62539957/Calidad-de-la-Atencion-de-la-Salud>.

## ANEXOS

### ENCUESTAS

#### CALIDEZ DE ATENCIÓN

El trato en estadística

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	53	14,00
Muy bueno	173	44,00
Bueno	130	33,00

Regular	25	6,00
Mala	12	3,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: con respecto a la calidez en el servicio de estadística el criterio de los encuestados señala en un 44% como muy bueno, en un 33% como regular y en un menor porcentaje del 14% excelente, como regular un 6% y en un 3% como mala

### **El trato de las enfermeras**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	101	26,00
Muy bueno	150	38,00
Bueno	126	32,00
Regular	12	3,00
Mala	4	1,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014



ANÁLISIS: La calidez de las enfermeras recibió mayoritariamente el criterio de muy bueno un 38%, bueno un 32%, como excelente en un 26% y en menor porcentaje de regular un 3% y como mala 1%.

### **El trato del personal de limpieza**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	78	20,00
Muy bueno	134	37,00
Bueno	165	42,00
Regular	16	4,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: La calidez en el personal de limpieza en mayor porcentaje fue evaluada como muy buena en un 37% y como buena con 42%. En menor porcentaje como excelente un 20% y regular un 4%.

### **El trato de los médicos**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	169	43,00
Muy bueno	121	31,00
Bueno	97	25,00

Regular	6	1,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: La calidez en la atención que recibieron de parte de los médicos tratantes en un alto porcentaje mencionaron con un 43% como excelente, en un 31% como muy buena y en un 25% como buena mientras que con regular el 1%.

### **El trato de los odontólogos**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	158	40,00
Muy bueno	137	35,00
Bueno	94	24,00
Regular	4	1,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: El trato de los odontólogos fue evaluado en un alto porcentaje del 40% como excelente y 35% como muy bueno, con la calificación de buena un 24% y de regular el 1%

### **El trato de la obstetra**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	135	38,00
Muy bueno	116	32,00
Bueno	94	26,00
Regular	10	3,00
Mala	2	1,00
TOTAL	357	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: Fueron encuestadas 357 mujeres mayores de 17 años que opinaron en un alto porcentaje de excelente un 38%, muy bueno 32%, bueno 26% mientras que usuarias insatisfechas de la atención recibida se manifestaron en un 3% como regular y en 1% como mala.

#### **El trato de la laboratorista**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	131	33,00
Muy bueno	136	35,00
Bueno	126	32,00
Regular	0	0,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: El trato de acuerdo al criterio de los usuarios encuestados señalan en un alto porcentaje de excelente un 33%, como muy bueno un 35%, en un 32% como bueno.

### **Criterio de la explicación del profesional que la atendió**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	100	25,00
Muy bueno	168	43,00
Bueno	122	31,00
Regular	3	1,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: Sobre la explicación que recibieron de parte del profesional que le atendió menciona en un alto porcentaje como muy buena en un 43% y como buena un 31%, mientras que el menor porcentaje como excelente en un 25% y regular en un 1%

### **Criterio al ser examinada**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	88	22,00
Muy bueno	161	41,00

Bueno	136	35,00
Regular	8	2,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: El criterio de los encuestados con respecto a esta pregunta señalan en un alto porcentaje de muy buena un 41% y bueno en un 35%; mientras que el menor porcentaje en un 22% como excelente y en un 2% regular.

#### **Criterio de respeto a su intimidad en la consulta**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	112	28,00
Muy bueno	146	37,00
Bueno	128	33,00
Regular	7	2,00
Mala	0	0,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: En relación del respeto a la intimidad durante la consulta indican con un 37% como muy bueno, en un 33% como bueno, de excelente un 28% y con calificación de regular del 2%

**Criterio en relación de ser consultada sobre su estado emocional por el profesional que le atendió**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Sí	357	91,00
No	36	9,00
TOTAL	393	100,00

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: Los encuestados en un alto porcentaje del 91% indican que sí fue consultado su estado emocional por el profesional que le dio la atención, mientras que en un 9% lo menciona de manera de manera negativa

**Resultado total de las 35 preguntas realizadas a los 393 usuarios encuestados**

ALTERNATIVAS	ENCUESTADOS	%
Excelente	2182	21,00
Muy bueno	3754	37,00
Bueno	3550	35,00
Regular	650	6,00
Mala	71	1,00

TOTAL	10207	100,00
-------	-------	--------

Fuente: Encuesta Agosto - Noviembre 2014

ANÁLISIS: Como resultado de la encuesta realizada a los 393 encuestados con 10207 preguntas señalan que la satisfacción encontrada en la atención que recibieron en el Subcentro de Salud "El Bosque", con una calificación casi similar, muy buena en un 37% y buena en un 35%. Mientras que en menor porcentaje con evaluación de excelente califican un 21%, un 6% como regular y en 1% como mala estas dos últimas indican el grado de insatisfacción encontrada.

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPOTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>METODOLOGIA</b>
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>Existe calidad y calidez de atención a los usuarios del subcentro de salud “el bosque”.y la propuesta gerencial de mejoramiento en el distrito de santa rosa- lima periodo 2014?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECIFICOS</b></p> <p>1.-que propuestas gerenciales se podría</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Evaluar la calidad y calidez de atención a los usuarios del Subcentro de Salud y propuesta gerencial de mejoramiento.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>1. Identificar la Demanda de Servicios, las coberturas de vacunación y la filiación de los usuarios</p>	<p>Aplicando un programa gerencial se mejorará la calidad y calidez de atención a los usuarios del centro de Salud “El Bosque”.</p>	<p><b>Variable Dependiente</b></p> <p>Propuesta Gerencial de Mejoramiento</p> <p><b>Variable Independiente</b></p> <p>La Calidad y Calidez de Atención</p> <p><b>Variables Intervinientes</b></p> <p>La demanda, la infraestructura y equipamiento</p>	<p><b>tipo de investigación</b></p> <p>•Descriptivo</p> <p><b>diseño de la investigación</b></p> <p>Transversal</p> <p><b>universo</b></p> <p>Todos los usuarios que reciben atención en el Subcentro de Salud “El Bosque” en el distrito de Santa Rosa.</p> <p><b>Muestra.</b></p> <p>Lo constituyen los usuarios que fueron</p>



<p>implementar para mejorar la calidad y calidez de atención a los usuarios del subcentro de salud “el bosque” y la propuesta gerencial de mejoramiento en el distrito de santa rosa- lima periodo 2014?</p> <p>2.- ¿Qué propuestas gerenciales se requieren para establecer un mejoramiento continuo</p>	<p>considerando edad, sexo y procedencia.</p> <p>2. Registrar el equipo de proveedores con que cuenta el Subcentro.</p> <p>3. Caracterizar el criterio de los usuarios sobre infraestructura, equipamiento, calidad técnica y calidez de atención.</p> <p>4. Diseñar una Propuesta para el</p>			<p>evaluados a través de un cuestionario tipo encuesta que acudieron a la atención en el subcentro de salud “El Bosque “de Santa Rosa.</p> <p>Cálculo del tamaño de la muestra</p> <p><math>n =</math> Tamaño de Muestra</p> <p><math>E =</math> Error estándar admisible (0.05)</p> <p><math>N =</math> tamaño del Universo</p>
---	--	--	--	--

<p>de la calidad en su organización y funcionamiento del sub centro de salud el Bosque?</p>	<p>Mejoramiento de la Atención.</p>			<p><b>técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos:</b></p> <p>Las técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos utilizados han sido: la observación, el análisis documental y la encuesta. Los cuadros gráficos, estadísticos y su interpretación.</p> <p><b>Instrumentos De Recolección De Datos</b></p>
---	-------------------------------------	--	--	---

				<p>Los instrumentos de recolección de datos utilizados han sido los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Encuesta.</li><li>• Guía de Análisis Documental.</li><li>• El fichaje.</li></ul>
--	--	--	--	--

