

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



PROGRAMA DE MAESTRÍA

SECCIÓN: PLANIFICACIÓN PARA EL DESARROLLO

MENCIÓN: DIRECCIÓN DE PROYECTOS

TESIS

“EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN ADMISIÓN DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA Y SU INCIDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE, 2015”

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

ENA MIRELLA CACHO CHÁVEZ

Asesor:

Mg. WILSON EDUARDO VARGAS CUBAS

CAJAMARCA – PERÚ

2017

COPYRIGHT © 2017 by
ENA MIRELLA CACHO CHÁVEZ
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



PROGRAMA DE MAESTRÍA

SECCIÓN: PLANIFICACIÓN PARA EL DESARROLLO

MENCIÓN: DIRECCIÓN DE PROYECTOS

TESIS APROBADA

EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN ADMISIÓN DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA Y SU INCIDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE, 2015

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

ENA MIRELLA CACHO CHÁVEZ

Comité Científico

Mg. Wilson Eduardo Vargas Cubas
Asesor

Dr. Jesús Coronel Salirrosas
Miembro de Comité Científico

Dr. Baltazar Vásquez Cruzado
Miembro de Comité Científico

M.Cs. Jorge Becerra Muñoz
Miembro de Comité Científico

Cajamarca - Perú

2017



Universidad Nacional de Cajamarca

Escuela de Post Grado

CAJAMARCA - PERU

PROGRAMA DE MAESTRIA

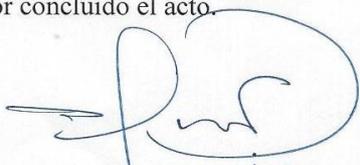
ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

Siendo las 5:00 P.M. de la tarde del día 21 de junio del año dos mil diecisiete, reunidos en el Auditorium de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Comité Científico Evaluador presidido por el **Dr. JESÚS CORONEL SALIRROSAS** en representación del Director y como Miembro de Comité Científico, **Mg. WILSON VARGAS CUBAS**, en calidad de Asesor; **Dr. BALTAZAR VÁSQUEZ CRUZADO, M.Cs. JORGE BECERRA MUÑOZ**, como integrantes del Comité Científico. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la **SUSTENTACIÓN** de la Tesis titulada **“EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN ADMISIÓN DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA Y SU INCIDENCIA EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE: 2015”**, presentada por la alumna **ENA MIRELLA CACHO CHÁVEZ** con la finalidad de optar el Grado Académico de **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Económicas Contables y Administrativas, con Mención en **DIRECCIÓN DE PROYECTOS**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Comité Científico, y luego de la deliberación, se acordó APROBADA con la calificación de (16) Dieciséis Cum Laude la mencionada Tesis; en tal virtud, la alumna **ENA MIRELLA CACHO CHÁVEZ** está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Económicas Contables y Administrativas, con Mención en **DIRECCIÓN DE PROYECTOS**.

Siendo las 6:15' horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dr. Jesús Coronel Salirrosas
Miembro de Comité Científico


.....
Mg. Wilson Vargas Cubas
ASESOR


.....
Dr. Baltazar Vásquez Cruzado
Miembro de Comité Científico


.....
M.Cs. Jorge Becerra Muñoz
Miembro de Comité Científico

DEDICATORIA

A Dios y a mi familia, pilares fundamentales en mi vida.

A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy,

A mi familia, especialmente a mis padres quienes me cuidan desde el cielo,

A mis mellizas que son mi doble motor para luchar.

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vida y porque a pesar de que muchas veces puse mis intereses por encima de ti nunca me faltaste y aunque no soy tu hija más devota, en ti confío.

Siempre me haz ayudado a seguir adelante, gracias.

A ustedes padres Lucinda y Anibal por enseñarme a llorar y reír. Aunque ya no los tenga físicamente me enseñaron a ser una mujer luchadora, y el gran esfuerzo que pusieron para ser profesional lo llevo marcado en el alma. Gracias a ustedes que siempre enaltecen de orgullo mi hablar por la fortuna de ser su hija y con su ayuda mi meta alcanzar.

A mis hijas, que son el motivo para continuar.

A mi asesor, Wilson Vargas, gracias a su paciencia y enseñanza.

Al Hospital Regional Docente Cajamarca que me han apoyado con el desarrollo de la tesis y finalmente.

Un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abrió abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

La calidad total se convierte en una forma de vida organizacional, es un enfoque de dar al usuario lo que él necesita, desea, quiere y demanda, es crear usuarios satisfechos.

Bárbara Zas Ros

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.1.1. Contextualización	1
1.1.2. Descripción del problema	1
1.1.3. Formulación del problema	2
1.2. Justificación e importancia	2
1.2.1. Justificación científica.....	2
1.2.2. Justificación técnica-práctica.....	3
1.2.3. Justificación institucional y personal.....	4
1.3. Delimitación de la investigación	4
1.3.1. Espacial.....	4
1.3.2. Científica.....	4
1.3.3. Metodológica	5
1.4. Limitaciones.....	5
1.5. Objetivos.....	5
1.5.1. Objetivo general	5
1.5.2. Objetivos específicos.....	5
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial	7
2.2. Marco conceptual.....	11
2.2.1. Sistema de Gestión de la Calidad	11
2.2.1.1. Calidad.....	11
2.2.1.2. Calidad en salud	12
2.2.1.2.1. Elementos básicos de una definición de calidad en la atención médica y de salud.....	12
2.2.1.2.2. Peligro de definir la calidad en forma general	15
2.2.1.2.3. Principios de la garantía de la calidad.....	15
2.2.1.2.4. Calidad de la atención en la Consulta Externa.....	17
2.2.1.3. Sistema de Gestión de Calidad	21
2.2.1.3.1. Beneficios de trabajar con un SGC	21
2.2.1.3.2. Norma ISO 9001	22
2.2.1.4. Sistema de Gestión de Calidad en salud	24
2.2.1.4.1. Principios del SGC	26
2.2.1.4.2. Políticas de Calidad de la Atención.	27
2.2.1.4.3. Componentes del SGC en salud.....	29
2.2.1.4.4. Niveles	30
2.2.1.4.5. Procesos	30
2.2.1.4.6. Documentos	33
2.2.1.5. Estándares e Indicadores de Calidad para hospitales.....	36
2.2.1.6. Indicadores de eficiencia y rendimiento del HRDC.....	42
2.2.2. Satisfacción del paciente.....	45
2.2.2.1. Satisfacción del cliente, consumidor, usuario o paciente.....	54
2.2.2.2. Componentes de la satisfacción	56

2.2.2.3. Teoría de los dos factores en la satisfacción del cliente	57
2.2.2.4. Factores de satisfacción y factores de insatisfacción	59
2.2.2.5. La satisfacción del paciente en la asistencia sanitaria.....	59
2.2.2.5.1. Sistema de Salud de Perú.....	63
2.2.2.6. Indicadores de satisfacción del paciente	65
2.2.3. Sistema de Gestión de la Calidad Vs. Satisfacción del paciente.....	66
2.2.3.1. La calidad en relación con la satisfacción.....	69
2.2.3.2. La calidad como medida de la satisfacción.....	70
2.2.3.3. La satisfacción como medida de la calidad.....	72
CAPITULO III: PLANTEAMIENTO DE LA (S) HIPÓTESIS Y VARIABLES	74
3.1. Hipótesis	74
3.1.1. Hipótesis general.....	74
3.1.2. Hipótesis específicas.....	74
3.2. Variables.....	75
3.3. Operacionalización de los componentes de las Hipótesis	76
CAPITULO IV: MARCO METODOLÓGICO	78
4.1. Ubicación geográfica	78
4.2. Diseño de la investigación	78
4.3. Métodos de investigación	78
4.4 Población, muestra, unidad de análisis y unidad de observación	78
4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información.....	79
4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	80
4.7. Equipos, materiales, insumos	80
4.8. Matriz de consistencia metodológica	81
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	84
5.1. Presentación, análisis, interpretación y discusión de resultados	84
5.2. Contrastación de hipótesis.....	123
CAPITULO VI: PROPUESTA	127
6.1. Formulación de la propuesta para la solución del problema	127
6.2. Costos de implementación de la propuesta	142
6.3. Beneficios que aporta la propuesta.....	142
CONCLUSIONES.....	144
RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS	146
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147
APÉNDICES.....	150

ÍNDICE DE CUADROS

Pág.

Cuadro 1: Estándares de calidad para Hospitales e Institutos especializados .	36
Cuadro 2: Total de atenciones	43
Cuadro 3: Motivos de queja más frecuentes entre los pacientes	48
Cuadro 4: Definiciones cronológicas de Satisfacción.....	50
Cuadro 5: Indicadores de satisfacción del paciente	65
Cuadro 6: Satisfacción de los usuarios	66
Cuadro 7: “Operacionalización de los componentes de las Hipótesis”.....	76
Cuadro 8: Datos para la muestra	78
Cuadro 9: Estratificación de muestra	79
Cuadro 10: Técnicas e instrumentos de recopilación de información	79
Cuadro 11: Matriz de consistencia metodológica	81
Cuadro 12: Satisfacción de usuarios	84
Cuadro 13: Trato adecuado.....	85
Cuadro 14: Mecanismos de escucha	86
Cuadro 15: Información sobre su caso.....	87
Cuadro 16: Información comprendida	88
Cuadro 17: Información aceptada	89
Cuadro 18: Evaluación de gastos administrativos	90
Cuadro 19: Medicamentos satisfacen la demanda.....	90
Cuadro 20: Equipos de mejora continua constituidos	91
Cuadro 21: Objetivos de calidad en el PEI	92
Cuadro 22: Objetivos de calidad en el POI.....	93
Cuadro 23: Aplicación de normas y procedimientos	94
Cuadro 24: Procesos de auditoría.....	95
Cuadro 25: Supervisión de medicamentos en el PNME	96
Cuadro 26: Supervisión de medicamentos por comité farmacológico	97
Cuadro 27: Recursos para prestación ininterrumpida	98
Cuadro 28: Articulación con centros de salud	99
Cuadro 29: Atención oportuna.....	100
Cuadro 30: Usuarios externos en Gestión de calidad	101
Cuadro 31: Cumplimiento de acuerdos por equipo de calidad	102
Cuadro 32: Proyectos de mejora de la calidad.....	103
Cuadro 33: Privacidad en atención	104
Cuadro 34: Atención a usuarios de menores recursos.....	105
Cuadro 35: Usuario interno se siente motivado.....	106
Cuadro 36: Apoyo de jefe a usuario interno	107
Cuadro 37: Medio para obtener cita	108
Cuadro 38: Motivo de no acceso a cita	109
Cuadro 39: Tiempo en ventanilla.....	110
Cuadro 40: Tiempo en arreglar historia repetida	111
Cuadro 41: Tiempo de espera para solicitar cita	112
Cuadro 42: Tiempo de espera para cita	113
Cuadro 43: Ubicación del ambiente de admisión	114
Cuadro 44: Orden y limpieza de admisión.....	115
Cuadro 45: Comodidad en admisión	116
Cuadro 46: Señalización adecuada.....	117
Cuadro 47: Precio accesible.....	118

Cuadro 48: Información entendible	119
Cuadro 49: Buen trato	120
Cuadro 50: Presentar queja	121
Cuadro 51: Valoración del grado de satisfacción del paciente	124
Cuadro 52: Valoración de la incidencia del SGC.....	124
Cuadro 53: Datos estadísticos de encuestas	125
Cuadro 54: Modelo propuesto	139
Cuadro 55: Contraste de la propuesta de 2 escenario	141
Cuadro 56: Tabulación de encuestas	154
Cuadro 57: Cálculo de la varianza	155
Cuadro 58: Minigráficos de encuesta SGC	156

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 2: Costo de implementación de la propuesta	142

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: Sistema de gestión de la calidad.....	24
Figura 2: Gestión de Calidad en los Sistemas de Salud.....	26
Figura 3: Componentes de Gestión de la calidad en salud	29
Figura 4: Rendimiento hora médico 2015.....	42
Figura 5: Concentraciones de pacientes 2015	42
Figura 6: Utilización de consultorios médicos.....	43
Figura 7: Productividad hora médico en consultorio externo por especialidad 2015	43
Figura 8: Atenciones Médicas	44
Figura 9: Porcentaje de recetas no atendidas 2015	44
Figura 10: Sistema de Salud del Perú	63
Figura 12: Satisfacción de usuarios	84
Figura 13: Trato adecuado	85
Figura 14: Mecanismos de escucha	86
Figura 15. Información sobre su caso	87
<i>Figura 16: Información comprendida</i>	<i>88</i>
Figura 17: Información aceptada.....	89
Figura 18: Evaluación de gastos administrativos	90
Figura 19: Medicamentos satisfacen la demanda	91
Figura 20: Equipos de mejora continua constituidos	92
Figura 21: Objetivos de calidad en el PEI.....	93
Figura 22: Objetivos de calidad en el POI	94
Figura 23: Aplicación de normas y procedimientos	95
Figura 24: Procesos de auditoría	96
Figura 25: Supervisión de medicamentos en el PNME	97
Figura 26: Supervisión de medicamentos por comité farmacológico	98
Figura 27: Recursos para prestación ininterrumpida.....	99
Figura 28: Articulación con centros de salud.....	100
Figura 29: Atención oportuna	101
Figura 30: Usuarios externos en Gestión de calidad.....	102
Figura 31: Cumplimiento de acuerdos por equipo de calidad.....	103
Figura 32: Proyectos de mejora de la calidad	104
Figura 33: Privacidad en atención	105
Figura 34: Atención a usuarios de menores recursos	106
Figura 35: Usuario interno se siente motivado	107
Figura 36: Apoyo de jefe a usuario interno.....	108
Figura 38: Medio para obtener cita.....	109
Figura 39: Motivo de no acceso a cita.....	110
Figura 40: Tiempo en ventanilla	111
Figura 41: Tiempo en arreglar historia repetida.....	112
Figura 42: Tiempo de espera para solicitar cita.....	113
Figura 43: Tiempo de espera para cita.....	114
Figura 44: Ubicación del ambiente de admisión	115
Figura 45: Orden y limpieza de admisión	116
Figura 46: Comodidad en admisión.....	117
Figura 47: Señalización adecuada	118
Figura 48: Precio accesible	119

Figura 49: Información entendible	120
Figura 50: Buen trato.....	121
Figura 51: Presentar queja	122
Figura 52: Distribución normal.....	126
Figura 53: Diagrama de Ishikawa de insatisfacción del paciente	128
Figura 54: Diagrama de Ishikawa de deficiente gestión del SGC.....	129
Figura 55: Flujo del proceso sacar cita.....	137
Figura 56: Flujo del proceso sellar documentos	138
Figura 57: Simulación de proceso propuesto	140
Figura 58: Resultados de simulación de 2 escenarios	141

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS USADAS

A

ADRA
La Agencia Adventista de Desarrollo y
Recursos Asistenciales, 64

C

CEM
Consulta Médica Externa, 43
CERITS
Centros de Referencia para Infecciones de
Transmisión Sexual, 9

D

DISA
Dirección de Salud, 9

E

EPS
Entidades Prestadoras de Salud, 63, 64
EsSalud
Seguro Social de Salud, 63
EVA's
Escalas de Valoración Andaluzas, 10

F

FFAA
Fuerzas Armadas, 64

H

Hospital Regional Docente de Cajamarca, 4, 36,
65, 80
HRDC
Hospital Regional Docente Cajamarca, 43, 74, 75,
77, 79, 82, 98, 122, 128, 129, 130, 131, 132,
142, 146, 148

I

ISO
Organización Internacional de Normalización,
21, 22, 23

M

MCC

Mejora Continua de la Calidad, 146
MINSA
Ministerio de Salud del Perú, 63, 64
MINSA-GR
Ministerio de Salud-Gobierno Regional, 24, 33

O

OMS
Organización Mundial de la Salud, 20
ONG
Organismos No Gubernamentales, 64

P

PEI
Plan Estratégico Institucional, 75, 146
PNME
Petitorio Nacional de Medicamentos
Esenciales, 146
PNP
Policía Nacional del Perú, 64
POI
Plan Operativo Institucional, 75, 146

S

SaludPol
Fondo de Aseguramiento en Salud de la Póliza
Nacional del Perú, 78
SGC
Sistema de Gestión de Calidad, 5
Sistema de Gestión de la Calidad, 1
SGCS
Sistema de Gestión de Calidad en Salud, 29,
30, 31, 35
SIS
Seguro Integral de Salud, 3, 4, 63
SNGCS
Sistema Nacional de Gestión de la Calidad
en Salud, 26, 27
SOAT
Seguro Obligatorio de Accidentes de
Tránsito, 64

U

UPA's
Unidades de Ponderación Asistenciales, 10

GLOSARIO O DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Usuario: Persona que hace uso del servicio de Admisión de Consulta externa del Hospital Regional Docente Cajamarca, puede ser paciente o acompañante.

Paciente: Persona que debe ser atendida por un médico o un profesional de la medicina a causa de algún tipo de dolencia o malestar.

Paciente Asegurado: Persona que cuenta con un servicio de salud especial, diferente a usuarios particulares, normalmente es financiado por el Estado.

Paciente Particular: Persona que financia su atención, exámenes médicos y medicamentos.

Indicador. Un indicador, puntualmente de calidad, permite medir cuantitativa o cualitativamente un aspecto relacionado al cumplimiento de los requisitos, ya sea del cliente, de la organización, los legales o reglamentarios.

Satisfacción del paciente: Nivel del estado de ánimo de un individuo que resulta de la comparación entre el rendimiento percibido del servicio brindado en Admisión de Consulta externa del Hospital Regional Docente Cajamarca con sus expectativas.

Sistema de Gestión de Calidad: Es un conjunto de elementos que interactúan para establecer políticas y objetivos, así como establecer la guía para lograr dichos objetivos dirigiendo y controlando Admisión de Consulta externa del Hospital Regional Docente Cajamarca con respecto a la calidad.

RESUMEN

Las numerosas quejas del paciente que son evidenciadas en el libro de reclamaciones, son muestra que el Sistema de Gestión de Calidad presenta deficiencias que afecta a la satisfacción del paciente y por ende a la imagen del Hospital Regional Docente Cajamarca, de esta manera se plantea la pregunta: ¿En qué medida el Sistema de Gestión de la Calidad incide en la satisfacción del paciente en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca, 2015? Es por ello que la presente tesis fue realizada con el fin de evaluar la incidencia del Sistema de Gestión de la Calidad en el grado de satisfacción del paciente en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca, 2015. La investigación precisa la entrega de citas a pacientes asegurados y particulares, la gestión de las historias clínicas, la recepción de documentos de pacientes asegurados, sello de recetas de pacientes asegurados para la obtención de su medicamento; para ello se utilizó el método deductivo-inductivo con un diseño no experimental de corte transversal, para ello se utilizó dos grupos independientes: el primer grupo corresponde a 30 encuestados para analizar la variable Sistema de Gestión de la Calidad y es aplicado a jefes/encargados de oficinas que están ligados al proceso de admisión de consulta externa, el segundo grupo corresponde a 96 encuestados para analizar la variable satisfacción del paciente aplicado a pacientes atendidos , 2015. Se concluye que el Sistema de Gestión de calidad incide en la satisfacción del paciente en admisión de consulta externa del Hospital Regional Docente Cajamarca en forma positiva.

Palabras claves: Sistema, gestión, calidad, satisfacción, paciente.

ABSTRACT

The claiming book implemented by the Regional Hospital of Cajamarca (RHC) provides evidence that the Quality Management System (QMS) is deficient from the patients' perspective; this situation impacts the image of the organization. Under this context, the following question arises: How the Quality Management System influences over the satisfaction of patients in the area of external consulting in the Regional Hospital of Cajamarca during 2015? This thesis was developed to evaluate the incidences of the QMS in the satisfaction level of patients in the area of external consulting from the RHC on 2015. The research considered the delivery of appointments for patients with social insurance or particular requirements, the management of clinical histories, the reception of documents from patients with social insurances, permits over medical prescriptions related to patients with insurances to obtain the medicine; for this purpose the inductive-deductive method was used with a non-experimental design of transversal approach, for this reason two independent groups were uses: the first group were 30 individuals interviewed to analyze the variable: Quality Management System (QMS) and it is applied to chiefs and officers that are related to the admin process in the area of external consulting, the second group were 96 individuals interviewed to analyze the variable: patient satisfaction applied to patients that were treated during the year 2015. The conclusion is that the QMS impacts positively the patient satisfaction during admission process for the area of external consulting in the Regional Hospital of Cajamarca.

Key words: System, management, quality, satisfaction, patient.

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1.1.1. Contextualización

En el presente estudio se investiga el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) del Hospital Regional Docente Cajamarca para determinar la satisfacción del paciente frente a su aplicación durante el año 2015. Se limita al área de admisión del paciente en Consulta externa. La investigación precisa la entrega de citas a pacientes asegurados y particulares, la gestión de las historias clínicas, la recepción de documentos de pacientes asegurados, sello de recetas de pacientes asegurados para la obtención de su medicamento, pero no discute la gestión de transferencias a hospitalización o a otros Centros de Salud.

Las numerosas quejas del paciente que son evidenciadas en el libro de reclamaciones, son muestras que el Sistema de Gestión de Calidad presenta deficiencias que afecta a la satisfacción del paciente y por ende a la imagen del Hospital Regional Docente Cajamarca.

1.1.2. Descripción del problema

En el Hospital Regional Docente Cajamarca se presentan mucha insatisfacción por parte del usuario, según la percepción de los usuarios internos hay carencia de materiales e insumos para el trabajo, insuficiente personal idóneo, poco sentido de compañerismo, inadecuada infraestructura, personal no cuenta con uniforme, se carece de orden, puntualidad y respeto, equipos inadecuados, inoperativos, insuficientes, débil coordinación y compromiso por parte del Director, deficiente protección y estabilidad laboral, sueldo bajo y carencia total de reconocimiento e incentivo al personal y poco criterio técnico para la distribución del presupuesto.

Según la percepción de los usuarios externos se presenta inadecuada atención, personal no especializado, escasez de material, insumos y medicamentos, información

inapropiada, carencia de equipos, insuficiente señalización y maltrato por parte del personal. (Vargas Enrique, 2015)

1.1.3. Formulación del problema

Pregunta General

El problema de investigación responde a la siguiente pregunta: ¿En qué medida el Sistema de Gestión de la Calidad incide en la satisfacción del paciente en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca, 2015?

Preguntas auxiliares

1. ¿Cuál es el nivel actual de atención en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca?
2. ¿Cuál es el nivel de satisfacción del paciente en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca?
3. ¿Cuál es el nivel de eficiencia del Sistema de Gestión de Calidad frente a la satisfacción del paciente en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca?
4. ¿Cuáles deben ser las condiciones para una atención de calidad en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca?

1.2. Justificación e importancia

1.2.1. Justificación científica

La satisfacción del paciente es evaluada de acuerdo a la percepción que en un determinado contexto y con condiciones determinadas se valore, es por ello que el presente estudio es importante ya que permitirá identificar los aspectos que los pacientes señalan como causa de satisfacción e insatisfacción en Admisión de Consulta externa, valorando de esta manera el buen o mal funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital Regional Docente Cajamarca. (Mira et al., 2002)

La literatura sobre la satisfacción del paciente es hoy día extensa y ostensiblemente orientada a la práctica habiéndose descuidado, hasta hace

relativamente bien poco, los aspectos conceptuales y metodológicos. Normalmente la mayoría de las publicaciones, como se ha señalado, se centran en valoraciones de carácter general de la asistencia prestada y en la evaluación de aspectos más tangenciales de la asistencia sanitaria que, aunque muy importantes, están habitualmente más centrados en lo que podríamos denominar "amenidades" (hostelería, restauración, trato en Admisión, etc.). (Jj, La, Mira, & Aranaz, 2000). Este estudio es importante ya que pretende llenar este vacío del conocimiento.

1.2.2. Justificación técnica-práctica

El motivo que me llevó a elegir este tema como objeto de estudio, según mi percepción de paciente es la inmensa cola que se hace para poder adquirir una cita y en ocasiones los cupos para determinado servicio se agotan para todo el mes, teniendo que esperar para el siguiente mes únicamente para obtener la cita. La demora del personal de ventanilla, el mal trato del personal a los pacientes, la mala gestión de la historia clínicas y en muchas ocasiones el personal de Consultorio eterno tiene que acudir al archivo para reiterar la salida de determinada historia. La deficiente orientación e información de parte del personal a los pacientes. La demora a los pacientes asegurados por el SIS (Seguro Integral de Salud), ya que al terminar la atención de su consulta tienen que retornar a devolver los formatos y a sellar la receta y análisis médicos para que sea entregada en farmacia, mostrando demasiada inconformidad cuando no se cuenta con provisión de medicina o que no son cubiertas por el seguro.

Según mi percepción de usuario interno el motivo que me llevó a elegir este tema como objeto de estudio es que no se les puede otorgar una determina cita a los pacientes ya que la programación de los médicos no se encuentra disponible a finales del mes, a pesar de que se cuenta con un Sistema de Colas aún se nota el malestar en los pacientes al no avanzar a obtener una cita o recepcionar sus documentos. Se presenta errores notables de parte del personal de ventanilla al confundir servicios, nombre de pacientes, mala información al servicio que debe acudir el paciente por determinado malestar, deficiente orientación de la distribución del Hospital,

desconocimiento de medicamento y exámenes que cubre el Seguro del SIS. Historias clínicas repetidas hasta 3 veces.

El presente estudio es original y se pretende identificar el nivel de eficiencia del Sistema de Gestión de la Calidad frente a la insatisfacción del paciente en Admisión de Consulta externa, presentándolo al encargado del Hospital Regional Docente Cajamarca para que tome decisiones correspondientes en beneficio de la Institución a la cual preside.

1.2.3. Justificación institucional y personal

Se aprecia una notable preocupación de las autoridades y ex autoridades del HRDC por solucionar la variedad de problemas que se presentan, siendo Admisión de Consulta Externa el frontis de la Imagen Institucional. (Vargas Enrique, 2015)

He formado parte de dicha institución, ligada a los procesos que se generan en Consulta externa y me veo motivada e interesada en la realización de la presente investigación ya que la mayoría de pacientes no se mostraban satisfechos con el servicio brindado, inclusive acudían a entes superiores para expresar su descontento.

1.3. Delimitación de la investigación

1.3.1. Espacial

El presente trabajo de investigación se desarrollará en el Hospital Regional Docente Cajamarca, con un previo diagnóstico de la gestión durante el periodo 2015, y cómo su eficiencia influye en la calidad de atención del paciente en Admisión de Consultorio Externo.

1.3.2. Científica

Los temas abordados son la entrega de citas a pacientes particulares y asegurados, la gestión de la historia clínica, la recepción de documentación y el sellado de recetas/análisis médicos de asegurados del SIS.

1.3.3. Metodológica

Para ello se describirá las tareas y subtareas a realizar para obtener resultados específicos, se indicará un orden para realizarlas, pero no se entrará en detalle en la Implantación de las soluciones, únicamente se evaluará el SGC en relación a la satisfacción del paciente.

1.4. Limitaciones

Acceso a la información. Esta limitación fue resuelta gracias al apoyo de la oficina de calidad, oficina de Estadística e informática con el permiso y aprobación del Director general del Hospital Regional Docente Cajamarca.

La población disponible para el estudio corresponde a los años 2015. Esta limitación fue resuelta gracias al Sistema SIS- GalenPlus. El sistema SIS- GalenPlus es un sistema hospitalario con el que cuenta el Hospital Regional Docente Cajamarca, este sistema registra los datos personales de cada paciente que se atiende en el Hospital como: Apellidos y nombres, dirección, teléfono, entre otros y gracias a un reporte realizado se seleccionó la muestra de estudio y se aplicó la encuesta por teléfono y a algunos personalmente, ya que continúan atendiéndose en el Hospital.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Evaluar la incidencia del Sistema de Gestión de la Calidad en el grado de satisfacción del paciente en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca, 2015.

1.5.2. Objetivos específicos

1. Determinar el nivel actual de atención en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca.
2. Determinar el nivel de satisfacción del paciente en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca.
3. Determinar el nivel de eficiencia del SGC frente a la satisfacción del paciente en

Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca.

4. Determinar las condiciones para una atención de calidad en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación o marco referencial

Se tomó como referencia un conjunto de estudios previos relacionados con el tema objeto de estudio, que dan soporte bibliográfico y referencial para el desarrollo del estudio planteado.

A nivel mundial

(Chacón, 2005) en su tesis doctoral “Gestión de servicios hospitalarios públicos: Estudio comparativo entre hospitales de la región noroeste de Brasil y Cataluña”, tuvo como objetivo realizar un estudio comparativo de la gestión de los servicios hospitalarios públicos de Barcelona (España) y Fortaleza (Brasil), con un enfoque del marketing y de la calidad de la atención a los usuarios de las consultas externas, esta investigación fue realizada por la Universidad de Barcelona, obteniendo como resultados que en la ciudad Fortaleza la gestión hospitalaria, por ser algo reciente, todavía hay mucho a ser realizado. Pero ya existe una tendencia para modernizar esta gestión como los procesos, la reingeniería y en la ciudad de Barcelona el factor calidad ya está más desarrollado, incluso con servicio de atención a los pacientes.

(Carrizales, 2006) en su tesis de maestría “Guía práctica referencial de indicadores para el Sistema de Control de Gestión del Hospital Vargas de Caracas”, tuvo como objetivo realizar una guía práctica referencial de indicadores de gestión que sea clara y de sencilla comprensión, para facilitar la implementación de un Sistema de control de gestión, en función de los parámetros modernos y actualizados exigidos por el Organismo Internacional de la Salud, esta investigación fue presentada por la Universidad Católica Andrés Bello, obteniendo como una de sus conclusiones que el Hospital Vargas de Caracas, en donde se habla de alta gerencia y planificación estratégica tengan un número irrisorio de indicadores y con eso pretender afirmar que cuentan con Sistemas de Control de Gestión Hospitalario.

(Martínez, 2008) en su tesis de maestría “Diseño de un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud laboral para el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel”, tuvo como objetivo diseñar un sistema de gestión de seguridad y salud laboral para el Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel”, esta investigación fue presentada por la Universidad Católica Andrés Bello, obteniendo como una de sus conclusiones que la implantación de Sistema, permite establecer una política adecuada de seguridad y salud laboral; identificar y cumplir las exigencias de la legislación; determinar aspectos de seguridad y salud laboral relacionados con actividades, productos y servicios de la organización; integrar a la dirección, como al personal asignado de forma clara en las responsabilidades de cada uno; facilitar la asignación de recursos; establecer y mantener al día un programa ante casos de emergencia; evaluar los resultados en función de la política y los objetivos fijados, buscando las posibles áreas de mejora; y permitir revisar y auditar el sistema.

(Collado, 2014) en su tesis de maestría “Análisis de la eficiencia de la gestión hospitalaria en la Comunidad Valenciana. Influencia del modelo de gestión”, tuvo como objetivo analizar y comparar la influencia del modelo gestión sanitaria público o de gestión directa, frente al de colaboración público-privada, desde la perspectiva de la calidad asistencial y la eficiencia económica, esta investigación fue presentada por la Universidad Politécnica de Valencia, obteniendo como una de sus conclusiones que el análisis del desempeño y de eficiencia muestran cómo el grupo de las concesiones obtiene resultados por encima de la media de los conseguidos por hospitales gestionados de forma directa, pero no siempre mejores.

(López, 2008) en su tesis de maestría “Caso de un nuevo Modelo de Gestión Hospitalario en Chile: Hospital Santiago Oriente, doctor Luis Tisné Brousse”, tuvo como objetivo Realizar un diagnóstico Integral de la gestión del Hospital Santiago Oriente, Doctor Luis Tisné Brousse, que permita identificar fortalezas y debilidades del nuevo modelo de gestión ante los actuales desafíos de la política de salud chilena (Auge) Acceso Universal a Garantías Explícitas, esta investigación fue presentada por la

Universidad de Chile, obteniendo como una de sus conclusiones que el modelo de gestión del Hospital Santiago Oriente está en constante actualización, se destaca la buena imagen y el adecuado posicionamiento en el entorno tanto de gobierno como usuarios, capacidad organizacional y gerencial, recursos humanos altamente calificado, equipos médicos con alta tecnología e infraestructura. Por otra parte, las entrevistas realizadas a los usuarios externos, refleja la percepción que tienen de la calidad del servicio que les brinda el hospital, esta posición y prestigio que tiene, le permite hacer alianzas estratégicas con otras instituciones externas en beneficio del hospital y los usuarios.

A nivel Nacional

(Veliz Roja, María Isabel, Villanueva Aparco, 2013) en su tesis de maestría “Calidad percibida por los usuarios externos e internos frente a los servicios que reciben en los centros de referencia para infecciones de transmisión sexual (CERITS) de la DISA II Lima sur”, tuvo como objetivo analizar la calidad percibida por los usuarios externos e internos frente a los servicios que recibe en los Centros de Referencia para Infecciones de Transmisión Sexual de la DISA Lima Sur, en el periodo de Agosto a Octubre del 2011. Esta investigación fue presentada por la Universidad Pontificia Universidad Católica del Perú, obteniendo como una de sus conclusiones 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.

(Bataller, Serra, & Valencia, 2014) en su tesis doctoral: “la empresa hospitalaria: un estudio empírico sobre la implantación de la contabilidad de gestión”, tuvo como objetivo poner en relación los costes y las actividades asistenciales realizadas, para poder medir la eficiencia de los centros sanitarios, obteniendo como una de las conclusiones que la mayoría de los hospitales que utilizaban la contabilidad de costes los obtenían por Centros de coste, utilizando el modelo de Costes totales y minoritariamente por el modelo de cálculo de costes directos, la actividad era medida mediante coeficientes de ponderación que se aplicaban a la producción, a las que se

les asociaban costes, utilizando unidades de producción más complejas en los centros principales como las UPA's (Unidades de Ponderación Asistenciales), las EVA's (Escala de Valoración Andaluza), siendo estas las más utilizadas de forma mayoritaria.

(Gavilano, 2012) en su tesis de maestría: "Determinación de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al hospital Es-Salud Vitarte", tuvo como objetivo evaluar la calidad del control prenatal realizado en centros de salud pertenecientes a la Dirección de Salud V Lima, obteniendo como una de sus conclusiones presencia de similitudes significativas en la influencia de la calidad del control prenatal en la capacidad profesional, accesibilidad, satisfacción del cliente, continuidad y comodidades.

A nivel local

(Gallardo Pérez, 2013) en su tesis de maestría: "Grado de satisfacción y calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional de Cajamarca", tuvo como objetivo Determinar el grado de satisfacción y la calidad del cuidado de Enfermería en los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital Regional de Cajamarca, obteniendo como una de sus conclusiones que el grado de satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de Medicina en su mayoría fue de un grado "Alto"; manifestando que el profesional de enfermería le brinda privacidad, está pendiente de lo que necesita, acude rápidamente al llamado; pero no siempre llama al paciente por su nombre y tan solo a veces saluda cordialmente al momento de ingresar en la habitación.

(Díaz Guevara, 2014) en su tesis de maestría: "Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud. Hospital Tito Villar Cabeza-Bambamarca", tuvo como objetivo Determinar la satisfacción del usuario externo en el Hospital "Tito Villar Cabeza" - Bambamarca, obteniendo como una de sus conclusiones que El 68,2% de los usuarios externos están insatisfechos de acuerdo a la calidad atención brindada en el hospital.

(Alarcón Vega, 2014) en su tesis de maestría: “Satisfacción del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía y ginecoobstetricia en relación a la calidad de atención recibida en el Hospital Regional de Cajamarca”, tuvo como objetivo Determinar el grado de satisfacción del paciente hospitalizado en relación a la calidad de atención recibida en el Hospital Regional de Cajamarca, obteniendo como una de sus conclusiones que el 26,4% de los pacientes hospitalizados estuvieron satisfechos.

2.2. Marco conceptual

2.2.1. Sistema de Gestión de la Calidad

2.2.1.1. Calidad

La calidad es el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos. (Yáñez, 2008).

Herramientas genéricas de la calidad

Son un sustituto del buen juicio del conocimiento de los procesos. Convierten los datos numéricos en información que sirve para emprender acciones. Estas son: (Rojas, 1950)

Diagramas de Flujo de Procesos: Un dibujo que muestra los pasos principales, las ramificaciones y los posibles resultados de un proceso.

Análisis de Pareto: Enfoque coordinado para identificar, clasificar y trabajar con el fin de eliminar permanentemente los defectos. Se centra en las fuentes importantes de error, la regla 80/20: el 80% de los problemas se deben al 20% de las causas.

Diagrama de Ejecución: Diagrama de secuencias de tiempo que muestra los valores de una característica.

Recopilación de Datos: Se debe tener una razón aprobada y clara para recopilar y analizar datos. Dentro de las preguntas que deben formularse con respecto a la recopilación de datos están: ¿Porque?, ¿Qué?, ¿Dónde?, ¿Cuánto?, ¿Cuándo?, ¿Cómo?, ¿Quién? ¿Cuánto tiempo?

Histograma: Distribución que muestra la frecuencia con que ocurren los datos entre los límites inferior y superior

Diagrama de Dispersión: Se le conoce también como Diagrama de Correlación. Es el gráfico del valor de una característica comparado con otra. Hoja de Comprobación: Método organizado para el registro de datos.

Diagrama de causas y efectos: Herramienta que emplea una descripción gráfica de los elementos del proceso para analizar las fuentes potenciales de variación de procesos.

Diagramas de control: Diagrama de secuencia de tiempo que muestra los valores de un estadístico; incluye una línea central y uno o más límites de control derivados estadísticamente.(Rojas, 1950)

2.2.1.2. Calidad en salud

2.2.1.2.1. Elementos básicos de una definición de calidad en la atención médica y de salud

Según, Donabedian la búsqueda de una definición de lo que es la calidad en la atención médica puede, atinadamente, empezar por lo más simple y completo de la atención: el tratamiento que proporciona un médico, o cualquier otro profesional, a un episodio de enfermedad claramente definido en un paciente dado. El autor divide el tratamiento o atención en elementos: el técnico y el interpersonal.(Guardia, 2015)

La atención técnica es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud. Se acompaña de la interacción social y económica entre el cliente y el facultativo (médico, equipo de salud). De acuerdo con algunas personas, el tratamiento técnico de la enfermedad se conoce como el “arte”. Puesto que la atención técnica no es completa ni exclusivamente una ciencia, y el cuidado interpersonal es capaz de convertirse, por lo menos en parte, en una ciencia. La distinción entre ciencia y arte sólo puede aceptarse como una representación imperfecta de la diferencia entre la atención técnica y la

interpersonal. La utilidad de distinguir entre estos dos aspectos de la atención está interrelacionada y puede ser difícil establecer distinciones entre ambos; pero puede ser fácil ver cómo la relación interpersonal influye sobre la naturaleza y el éxito de un tratamiento técnico. Se podría también sugerir que la naturaleza de los procedimientos técnicos usados y su grado de éxito influyen en la relación interpersonal; en la mayoría de los casos se pueden visualizar esas características, lo cual no sólo es útil sino de importancia fundamental para la definición de la calidad en la atención en salud. (Guardia, 2015)

Calidad técnica:

Donabedian, sugiere que la calidad es una propiedad de, y un juicio sobre, alguna unidad definible de la atención, la cual se puede dividir por lo menos en dos partes: técnica e interpersonal. Es necesario precisar que la calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas, de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad es, por lo tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios. (Guardia, 2015)

Calidad y lo interpersonal

Específicamente Donabedian, expresa que el manejo de la relación interpersonal debe responder y contener los valores y normas socialmente definidas que regulan la interacción de los individuos, en general y en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas, en parte, por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los y las pacientes en forma individual. De ahí se desprende que el nivel de la calidad en el manejo de la relación interpersonal se mida por el grado de apego a los valores, normas, expectativas y aspiraciones. Por otro lado, en la medida que el proceso interpersonal contribuye al fracaso o al éxito de la atención técnica, ayuda a proporcionar equilibrio entre los beneficios y riesgos que derivan la atención. (Guardia, 2015)

Es importante, por tanto, hacer una evaluación de beneficios y de riesgos; cualquiera que sea su naturaleza, debe ser compartida, al menos por el paciente además del profesional responsable de la atención. Todo lo expuesto lleva a un concepto unificador de la calidad de la atención, como aquella clase de atención que se espera pueda proporcionar al paciente, el máximo y más completo bienestar. Todo ello después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas que acompañan el proceso de la atención en todas sus partes. Este concepto de calidad es fundamental de acuerdo a los valores, la ética y las tradiciones de las profesiones de la salud: “cuando menos no dañar, usualmente hacer algún bien e, idealmente, realizar el mayor beneficio que sea posible alcanzar en cualquier situación dada”. A partir de este análisis las dimensiones que abarca la calidad son:(Guardia, 2015)

Efectividad: Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos.

Eficiencia: La prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada.

Eficacia: La eficacia es la capacidad de lograr un efecto o resultado buscado a través de una acción específica. El término proviene del vocablo latino eficaz, que puede traducirse como “que tiene el poder de producir el efecto buscado”. La eficacia, entonces, tiene que ver con hacer lo apropiado para conseguir un propósito planteado a priori o de antemano.

Accesibilidad: Facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.

Aceptabilidad: Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.

Competencia profesional: Capacidad del profesional para la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios. Uno de los debates más interesantes en este ámbito es la discusión sobre si los costes deben formar parte de la definición de calidad. Mientras algunos autores mantienen la necesidad de separar ambos conceptos para poder interrelacionarlos (Pe.:

calidad/unidad de coste) otros incluyen la eficiencia en el centro de la definición de calidad postulando que, si no se da, no tiene sentido la discusión sobre calidad.

2.2.1.2.2. Peligro de definir la calidad en forma general

El término ampliado de calidad en la atención de la salud, pasa de una preocupación inicial por definir los requisitos del producto a una deificación de los deseos y las expectativas de la persona; también aparecen otros enfoques y medidas que se preocupan por los costos de la atención, y por la producción en calidad exacta y correcta. Desde esa perspectiva, el concepto de calidad abarca la organización en su totalidad, implica ser considerada en la planificación y que la mejora de la calidad esté en todos los niveles de la organización, en todas las unidades y divisiones horizontales y verticales en el organigrama.(Guardia, 2015)

En resumen, si se amplía mucho el enfoque de la calidad con relativo abandono del cuidado directo de la atención de la salud, podría conducirse a un proceso tan general que se pierde el requisito de calidad; se amplía el criterio de calidad, no sólo a la contribución que hace el Equipo de Salud a la atención de la salud, sino que se incluye a todos los proveedores, al paciente y su familia. El tema de la calidad, como se nota ha tenido varios enfoques o énfasis, se ha pasado de la preocupación por el cuidado técnico a la inquietud por las relaciones interpersonales y de la preocupación por la efectividad a la inclusión de la eficiencia; es decir, de la optimización de los recursos a una preocupación por el bienestar individual, y colectivo. (Guardia, 2015)

2.2.1.2.3. Principios de la garantía de la calidad

La reciente experiencia en la aplicación del control de la calidad en los sistemas de atención de salud sugiere que los cuatro principios a los que debe adherirse un programa ideal de garantía de calidad son los siguientes:(Guardia, 2015)

La garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve.

La garantía de calidad exige un compromiso para determinar qué necesitan los pacientes y la comunidad, qué quieren y qué esperan de los servicios de salud. El equipo de salud tiene que trabajar con las comunidades para satisfacer las demandas y los esfuerzos subsiguientes de mejora de calidad deben evaluarse de acuerdo con estas necesidades y expectativas. Además, la garantía de calidad también requiere que se satisfagan las necesidades y expectativas de los trabajadores de salud que prestan los servicios de atención. La garantía de calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios.

Al enfocar el análisis de los procesos de prestación de servicios, las actividades y tareas, así como los resultados, los enfoques de garantía de calidad permiten a los proveedores de atención de salud y a los directivos forjar una comprensión plena del problema y analizar sus causas a fondo. En lugar de tratar meramente los síntomas de un problema, la garantía de calidad busca una cura. En los estados avanzados de un programa de garantía de calidad, el equipo de salud del centro de salud puede todavía ir más lejos por medio de un análisis de los procesos para prevenir problemas antes de que éstos ocurren. (Guardia, 2015)

La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios. (Guardia, 2015)

Otro aspecto importante de la garantía de calidad son las técnicas cuantitativas para el análisis y la supervisión de problemas. Este enfoque orientado hacia la información sirve para que el equipo de gestión de calidad pruebe sus teorías sobre las causas de fondo, la solución eficaz de los problemas debe basarse en los hechos, no en las suposiciones. (Guardia, 2015)

La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad. (Guardia, 2015)

La participación del personal y el uso de enfoques de equipo, cuando corresponda, son esenciales para la garantía de calidad. Las perspectivas de participación ofrecen dos ventajas. En primer lugar, el producto técnico de un proceso

participativo es probable que sea de mejor calidad porque cada uno de los miembros del equipo aporta perspectiva e información originales al esfuerzo de mejora de la calidad. El trabajo en equipo posibilita un análisis completo del problema y una solución factible. En segundo lugar, es más probable que se acepte y respalde las decisiones y o cambios cuando se ha participado. Por ende, la participación genera el consenso y reduce la resistencia que normalmente se experimenta cuando se inician cambios institucionales. (Guardia, 2015)

2.2.1.2.4. Calidad de la atención en la Consulta Externa

La calidad de la atención de salud es un tema que adquiere cada vez más relevancia debido a la libertad con que opinan los usuarios acerca de los servicios recibidos de los encargados de prestar servicios de salud y de las propias instituciones proveedoras de estos servicios. Esta situación está condicionada por los retos organizacionales y la creciente presión social determinada por la toma de conciencia de una sociedad más informada de sus derechos. (Guardia, 2015)

Respecto a la calidad en la consulta externa, Donabedian propone abordar o evaluar la calidad del servicio a partir de tres dimensiones: la dimensión humana, técnico-científica y del entorno de la calidad; en cada una de las cuales se pueden establecer atributos o requisitos de calidad que caracterizan al servicio de salud. Los atributos de calidad expresan las cualidades de toda buena atención en salud y que debe ser percibida por los usuarios tanto externos como internos. (Guardia, 2015)

Los atributos de la calidad establecidos para la consulta externa en este trabajo de investigación consideran los siguientes indicadores: (Guardia, 2015)

1. Trato cordial y amable

El trato adecuado a los usuarios externos es un aspecto clave de la atención en los establecimientos de salud, siendo parte importante para la satisfacción de los usuarios, contribuyendo a una atención personalizada. (Guardia, 2015)

El personal de salud debe aplicar las normas de cortesía, amabilidad, respetando sus creencias ideológicas, religiosas y políticas, sin ningún tipo de

discriminación de raza, sexo, procedencia, clases sociales o discapacidades físicas o mentales.(Guardia, 2015)

Los usuarios externos deben percibir un trato adecuado con amabilidad, respeto y empatía. Este es un estándar de resultado que se alcanza por la interacción entre proveedores y usuarios que generan una percepción positiva sobre el trato, respeto y empatía percibida. (Guardia, 2015)

Asimismo, el usuario externo se constituye en el foco de atención en sus percepciones y juicios de valor que son medidos a través de encuestas, cuyo análisis de resultados son utilizados para mejorar y sensibilizar permanentemente a todos los actores sociales dentro y fuera de la organización.(Guardia, 2015)

2. Personal de salud correctamente uniformado

El uniforme es una prenda de vestir peculiar y distintivo que usan los individuos pertenecientes a un mismo cuerpo, a un mismo colegio y que tiene la misma forma. La utilización de una vestimenta adecuada, responde a las normas y exigencias de la profesión, así como respeto que le tiene la sociedad; elementos que favorecen una adecuada imagen social. (Guardia, 2015)

3. Respeto al orden de llegada

El personal de salud debe comprometerse a atender a los pacientes referidos respetando el orden correlativo de llegada. (Guardia, 2015)

4. Interés en la persona y su problema de salud

El equipo de salud debe demostrar interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas. El reto para la gestión es el de establecer mecanismos que recojan las necesidades, requerimientos y expectativas de los usuarios de los servicios de salud y, a su vez, permitan retroalimentar el sistema en función de los mismos.(Guardia, 2015)

5. Respeto a la privacidad

Según el Manual de la Comisión Conjunta para Acreditación de Organizaciones de Salud, el paciente tiene derecho de recibir el tratamiento respetuosamente en todo

momento y bajo todas circunstancias como reconocimiento de su dignidad. El paciente tiene derecho, de acuerdo a ley, a su privacidad personal, es decir, a ser examinado en instalaciones diseñadas para asegurar el aislamiento visual y auditivo razonable. Esto incluye el derecho a pedir que se tenga una persona del mismo sexo presente durante ciertos exámenes médicos, durante el tratamiento o el procedimiento efectuado por un profesional del sexo opuesto; así como el derecho a no permanecer desnudo más tiempo que el necesario para llevar a cabo el procedimiento médico para el cual se le pidió desnudarse.(Guardia, 2015)

El usuario y su individualidad representan el eje central de la medición de privacidad en la atención en los servicios de salud donde el equipo de gestión y el personal de la organización de salud que se desempeña en la consulta externa establecerán la forma de garantizar la privacidad en la atención del usuario externo.(Guardia, 2015)

6. Información completa, oportuna y entendida por el usuario

El usuario externo debe recibir, comprender y aceptar la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnóstico y tratamiento referidos a su caso. Este aspecto en un estándar de resultado, basado en la percepción de los usuarios externos respecto al conocimiento, comprensión y aceptación acerca de los procedimientos, diagnóstico y tratamiento de la dolencia que lo aqueja. (Guardia, 2015)

La información completa al usuario externo contribuye a generar en el usuario externo una actitud crítica y de colaboración con el desempeño de la prestación de servicios de salud que le permitan tomar decisiones en este aspecto.(Guardia, 2015)

7. La referencia oportuna

La oportunidad es un estándar de proceso que tiene como finalidad garantizar la disponibilidad de los servicios en el momento que el usuario lo requiera de acuerdo con las características de la severidad y complejidad del caso. Este procedimiento involucra la participación activa de los administrativos y asistenciales de los servicios de consulta externa en coordinación con emergencia. Este indicador busca garantizar la

integración y continuidad de la atención del hospital de forma consistente con su red de acuerdo al Protocolo.(Guardia, 2015)

8. Entorno de la atención

Otro elemento de la calidad de la atención de la salud que integra a la atención médica, la denomina el autor como “amenidades”. En cierto modo, las amenidades son parte de los aspectos más íntimos de los lugares en los que se presta la atención médica; pero algunas veces parecen estar incorporados al proceso de la atención. Esto se ve con más claridad cuando se describe en forma abstracta: como comodidad, privacidad, cortesía, aceptabilidad y otros términos semejantes. En el análisis que presenta el autor, las amenidades no recibirán atención separada, sino que se considerarán principalmente como parte de lo contribuciones al manejo de la relación interpersonal, ya que significan interés por la satisfacción del paciente, independientemente de que la atención proporcionada directamente por el médico, o el equipo de salud en los servicios de salud locales: Áreas de Salud y Sectores donde trabajan.(Guardia, 2015)

9. Continuidad asistencial

La Continuidad Asistencial más que la simple coordinación, es una visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo diferentes, que actúan en tiempos distintos, con recursos disponibles y un objetivo de resultado final común: el ciudadano.(Guardia, 2015)

10. Trabajo en equipo

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), el equipo de salud se define como aquella Asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas y profesionales, con un objetivo común, que es el proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible.(Guardia, 2015)

11. Usuario en salud

Interno: El usuario interno es el elemento dentro de una empresa, que toma el resultado o producto de un proceso como recurso para realizar su propio proceso. Después, entregará su resultado a otro trabajador de la empresa para continuar con el proceso hasta acabarlo y ponerlo a venta, y lo adquiera el cliente externo. Por lo que, cada trabajador es cliente y a su vez proveedor dentro de la empresa. (Guardia, 2015)

Externo: El cliente externo es la persona que no pertenece a la empresa y solicita satisfacer una necesidad (bien o servicio). (Guardia, 2015)

2.2.1.3. Sistema de Gestión de Calidad

Un Sistema de Gestión de la Calidad es una forma de trabajar, mediante la cual una organización asegura la satisfacción de las necesidades de sus clientes. Para lo cual planifica, mantiene y mejora continuamente el desempeño de sus procesos, bajo un esquema de eficiencia y eficacia que le permite lograr ventajas competitivas. (Yáñez, 2008)

Un SGC es un conjunto formado por la estructura organizativa de la empresa, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para asegurarse de que todos los productos y servicios suministrados a los clientes satisfacen sus necesidades así como las expectativas. (ISO, 2005)

2.2.1.3.1. Beneficios de trabajar con un SGC

- ✓ Mejora continua de la calidad de los productos y servicios que ofrece.
- ✓ Atención amable y oportuna a sus usuarios.
- ✓ Transparencia en el desarrollo de procesos.
- ✓ Asegurar el cumplimiento de sus objetivos, en apego a leyes y normas vigentes.
- ✓ Reconocimiento de la importancia de sus procesos e interacciones.
- ✓ Integración del trabajo, en armonía y enfocado a procesos.

- ✓ Adquisición de insumos acorde con las necesidades.
- ✓ Delimitación de funciones del personal.
- ✓ Mejores niveles de satisfacción y opinión del cliente
- ✓ Aumento de la productividad y eficiencia
- ✓ Reducción de costos
- ✓ Mejor comunicación, moral y satisfacción en el trabajo
- ✓ Una ventaja competitiva, y un aumento en las oportunidades de ventas.

(Yáñez, 2008)

2.2.1.3.2. Norma ISO 9001

ISO viene de la palabra griega ISOS que significa igual o uniforme. Dicha palabra fue tomada por la Organización Internacional para la Estandarización (International Organization for Standardization) que se fundó en 1946 con el fin de crear un conjunto común de normas para la manufactura, el comercio y las comunicaciones. (Yáñez, 2008)

La ISO 9001 es una norma internacional que se aplica a los SGC y que se centra en todos los elementos de administración de calidad con los que una empresa debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus productos o servicios. Los clientes se inclinan por los proveedores que cuentan con esta acreditación porque de este modo se aseguran de que la empresa seleccionada disponga de un buen SGC. Esta acreditación demuestra que la organización está reconocida por más de 640.000 empresas en todo el mundo. (Yáñez, 2008)

Principios de ISO 9001

Se han identificado ocho principios de gestión de la calidad que pueden ser utilizados por la alta dirección con el fin de conducir a la organización hacia una mejora en el desempeño.

1. Enfoque al cliente: Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes.

2. Liderazgo: Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

3. Participación del personal: El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización, y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.

4. Enfoque basado en procesos: Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

5. Enfoque de sistema para la gestión: Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.

6. Mejora continua: La mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.

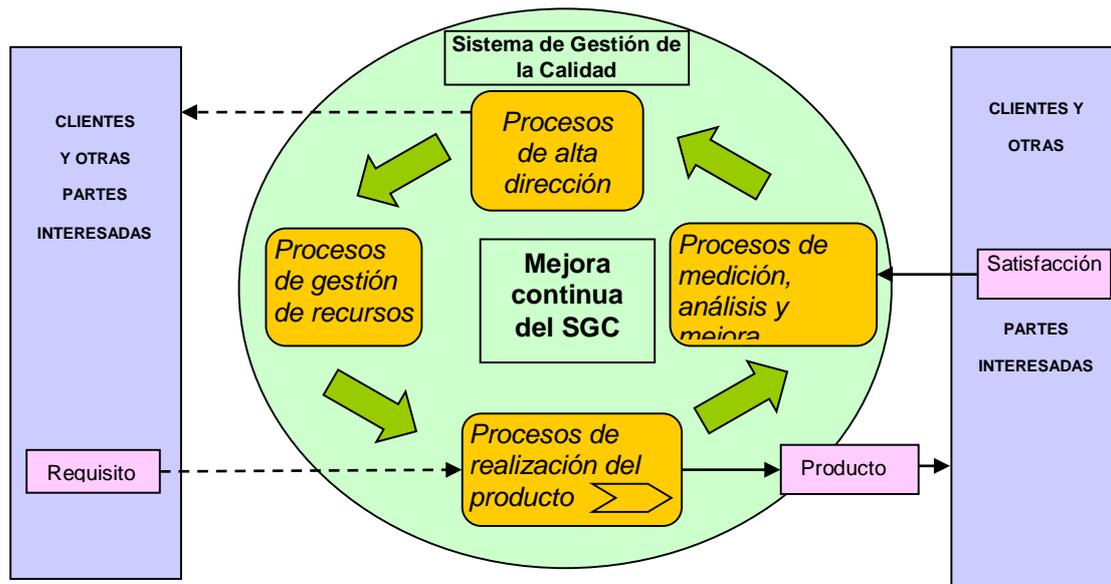
7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisión: Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

8. Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor: Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Estos ocho principios de gestión de la calidad constituyen la base de las normas de sistemas de gestión de la calidad de la familia de Normas ISO 9000.

La adopción de un sistema de gestión de la calidad debería ser una decisión estratégica de la organización. El diseño y la implementación del SGC de una organización están influenciados por: a) el entorno de la organización, los cambios en ese entorno y los riesgos asociados con ese entorno, b) sus necesidades cambiantes, c) sus objetivos particulares, d) los productos que proporciona, e) los procesos que emplea, f) su tamaño y la estructura de la organización.(ISO, 2008)

Figura 1: Sistema de gestión de la calidad



Fuente: (ISO, 2008)

2.2.1.4. Sistema de Gestión de Calidad en salud

El SGC de Atención en Salud es el conjunto de procesos que dirigen y controlan a la red proveedora de servicios de salud del Ministerio de Salud-Gobierno Regional (MINSA-GR) en lo referente a la calidad de atención..(MINSA, 2008).

La gestión de la calidad implica la transformación de la organización mediante el aprendizaje y la mejora permanente que surge como respuestas a las necesidades y expectativas de sus usuarios. De esta forma se constituyen en el centro de su misión. Se trata de mejorar la calidad y avanzar en búsqueda de la excelencia en las organizaciones del sector salud, incorporando los principios de los modelos normativos de 8 sistemas de gestión de calidad. Se busca reforzar el liderazgo de las instancias directivas en el logro de la calidad, el trabajo en equipo, gestión basada procesos y en información relevante como sustento de las decisiones.(MINSA, 2008)

Tal como se manifestó, la implementación de los modelos de gestión de calidad al sector salud es aún incipiente y no está exenta de dificultades y limitaciones. Según la Organización Mundial de la Salud, existen dos importantes razones para poner la atención en la gestión de calidad en los sistemas de salud. (MINSA, 2008)

- ✓ En aquellos sistemas de salud que han logrado un buen desarrollo y cuentan con suficientes recursos, la calidad de la atención es aún una preocupación

persistente pues sus resultados son aún poco confiables. Todavía existe una amplia variación en los estándares de atención utilizados entre un sistema y otro, pero también al interior de estos sistemas.

- ✓ De otro lado, en aquellos sistemas de salud que requieren optimizar el uso de sus recursos y ampliar su cobertura poblacional, en particular en países en vía de desarrollo, se necesitan establecer procesos de desarrollo basados en estrategias locales de mejora de la calidad, a fin de alcanzar los mayores resultados posibles con la inversión realizada.

Igualmente es importante resaltar que la relación entre la gestión de calidad y los sistemas de salud es más amplia y compleja. La gestión de la calidad de atención es tan solo un nivel en esta relación. Un abordaje sistémico de esta relación permite distinguir tres niveles de gestión de la calidad. (MINSA, 2008)

- ✓ Primer nivel de gestión: que corresponde a la gestión de la calidad de la atención tanto individual como colectiva y comprende un conjunto de relaciones y procesos entre usuarios, proveedores y organizaciones a propósito de la atención.
- ✓ Segundo nivel de gestión: corresponde a la calidad de la gestión de organizaciones proveedoras de la atención que, al brindar dirección y soporte institucional de información y recursos a la atención, inciden de manera determinante sobre la calidad de atención.
- ✓ Tercer nivel de gestión: calidad del sistema de salud en su conjunto usualmente conocido como “nivel de desempeño de sistema de salud”, como expresión del logro de los objetivos y funciones básicas de todo sistema de salud. En este nivel se generan una serie de determinantes estructurales que inciden sustancialmente sobre las organizaciones de salud y sobre la atención que ellas brindan.

Figura 2: Gestión de Calidad en los Sistemas de Salud

Gestión de Calidad en los Sistemas de Salud	
Niveles de la Gestión de la Calidad	Descripción
Calidad del Sistema de Salud	<p>Gestión de la calidad del Sistema de Salud o Desempeño del Sistema en el cumplimiento de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Principios del Sistema: Universalidad, equidad, solidaridad, efectividad, eficacia. 2. Funciones del Sistema: Rectoría, financiamiento, aseguramiento, producción. 3. Objetivos del Sistema: Mejorar la salud, responder a las expectativas de las personas, brindar protección financiera. <p>Se miden a través de indicadores de desempeño de los Sistemas de Salud (OMS, 2000). Es responsabilidad de los órganos rectores del Sistema: Decisores de la política.</p>
Calidad de la Gestión Institucional	<p>Gestión de la calidad de las organizaciones de salud, en el cumplimiento de las "ideas rectoras" de la organización: Misión, visión, valores, políticas, objetivos y estrategias. Se mide a través de estándares e indicadores del desempeño de la organización: indicadores de gestión. Es responsabilidad de los directores de las organizaciones de salud.</p>
Calidad de la atención individual y colectiva	<p>Gestión de la calidad de la atención de salud: promoción, prevención y recuperación. El mayor desarrollo corresponde al componente de la recuperación la denominada: Calidad de la Atención Médica. Tradicionalmente se reconocen tres dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Técnica: Procesos científicos-técnicos y su efectividad sobre la salud de las personas. b) Relaciones Interpersonales: Ajustada a normas y valores sociales y a las expectativas de los usuarios. c) Entorno de la atención. <p>Es responsabilidad compartida entre el personal que provee directamente los servicios y organizaciones que armonizan esta provisión.</p>

Fuente: (MINSA, 2008)

2.2.1.4.1. Principios del SGC

Son principios del Sistema Nacional de Gestión de la Calidad en Salud (SNGCS). (MINSA, 2008)

1. Calidad de la atención de salud como condición de desarrollo humano. La calidad de la atención de la salud es una dimensión central de la calidad de vida de las personas y condición fundamental del desarrollo humano.
2. Calidad como derecho ciudadano en salud y centrado en el usuario. Las personas usuarias de los servicios públicos son ante todo y fundamentalmente ciudadanas para quienes la atención de su salud con calidad es un derecho consagrado por la legislación nacional e internacional.

3. Calidad sin distinción. Anteponiendo las necesidades y expectativas de sus usuarios y acogiendo su diversidad cultural, étnica, de género, de opción sexual o religiosa. Este derecho se ejerce mediante la participación en la gestión y la vigilancia social.
4. Liderazgo para la calidad. El logro de los objetivos en calidad descansa en el liderazgo basado en la competencia, idoneidad moral y capacidad dialogante. Se trata de alcanzar acuerdos entre múltiples actores jurídicamente diferentes, con distintos grados de desarrollo y que a través del proceso de descentralización alcanzan importantes niveles de autonomía.
5. Participación de los servidores civiles. Los servidores civiles de todos sus niveles y categorías son la esencia de la organización y la fuerza motriz del Sistema de Salud. Su participación protagónica en la atención de la salud es fundamental para mejorar la calidad, pero en igual medida, sus necesidades y motivaciones constituyen preocupación central de la organización.
6. El enfocado en procesos y resultados. El SNGCS alcanza sus objetivos con mayor eficacia y eficiencia cuando las actividades y recursos relacionados se gestionan mediante procesos articulados en función a resultados que mejoran el desempeño de la organización.
7. La mejora como tarea central y permanente. El SNGCS asume la mejora del desempeño global de la organización como una característica central de su cultura. La mejora constituye su tarea central y permanente.
8. Toma de decisiones basadas en evidencias. Las decisiones eficaces y oportunas se basan en el análisis de datos y la información.

2.2.1.4.2. Políticas de Calidad de la Atención.

Las políticas de calidad de la atención en salud son: (MINSA, 2008)

Primera Política: Establece y dirige un sistema de gestión de calidad de la atención público, descentralizado y participativo, orientado al logro de los objetivos de

la calidad establecidos por la Autoridad Sanitaria y la organización; así como, al desarrollo de una cultura centrada en los usuarios y la ciudadanía y que hacen de la mejora su tarea central y permanente. (MINSA, 2008)

Segunda Política: Cumplen las normas y los estándares de infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención; aprobados por la Autoridad Sanitaria o la organización. Desarrolla acciones de mejora para su logro.

Tercera Política: Implementa mecanismos de prevención, control de la seguridad y manejo de riesgos para la salud de la población bajo responsabilidad, según los niveles de organización de la autoridad sanitaria.

Cuarta Política: Garantiza la competencia y suficiencia, así como la integridad biológica, psicológica y social de los trabajadores de salud de la organización que proveen la atención. A su vez promueven y velan por el trato digno de las personas usuarias de sus servicios.

Quinta Política: Promueve y difunde las buenas prácticas de atención en sus establecimientos e implementan incentivos individuales y colectivos a sus trabajadores.

Sexta Política: Aplica mecanismos de protección de los derechos de los usuarios y brindan las facilidades para el ejercicio de la vigilancia ciudadana de la atención de la salud.

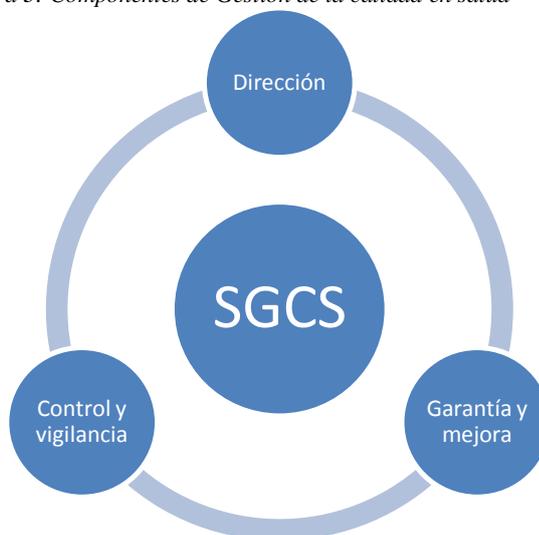
Séptima Política: Asigna los recursos necesarios para la realización de intervenciones destinadas al mantenimiento y desarrollo de la calidad de la atención, de acuerdo a la normativa que le es pertinente.

Octava Política: Implementa los mecanismos que aseguren tanto la participación ciudadana descentralizada, como la rendición de cuentas de la calidad de la atención provista.

2.2.1.4.3. Componentes del SGC en salud

Los componentes del SGCS son:(MINSA, 2008)

Figura 3: Componentes de Gestión de la calidad en salud



Fuente: (MINSA, 2008)

Dirección: Implementa la Política Nacional de Calidad en Salud y define los Objetivos de la Calidad de la atención. Lidera, dirige y planifica la implementación y desarrollo del SGCS en el ámbito nacional y regional. Asimismo, dicta las normas y directivas institucionales para su eficaz operación.

Garantía y Mejora: Difunde e implementa las normas y estándares sectoriales e institucionales de calidad. Asimismo, define y gestiona, los procesos de garantía y mejora de la calidad de la atención para el logro de los objetivos de la calidad, por medio de la auditoria de la calidad de la atención, acreditación de establecimientos, seguridad del paciente, procesos de mejora continua, evaluación de la tecnología sanitaria y otros.

Control: El control del SGCS tiene dos dimensiones:

a) **Control Institucional:** realiza el análisis y control de los procesos, productos, resultados, requisitos de los usuarios y de la organización. Determina las no conformidades y propone a la Dirección del SGCS acciones para elevar su desempeño.

b) **Control Social:** facilita la información requerida por los organismos constituidos por la ciudadanía para ejercer la vigilancia de la calidad de atención.

2.2.1.4.4. Niveles

El SGCS está organizado en los siguientes niveles:(MINSA, 2008)

Nacional: Gestiona el SGCS en el ámbito nacional con carácter participativo y descentralizado. Representa al MINSA a través de sus órganos pertinentes, a los Gobiernos Regionales a través de las Direcciones Regionales de Salud y a la sociedad civil a través de sus organizaciones de presencia nacional: organizaciones sociales, académicas y corporativas/gremiales.

Regional: Gestiona el SGCS en el ámbito regional con carácter participativo y desconcentrado. Representa al Gobierno Regional a través de la Dirección Regional de Salud, a sus órganos de dirección regional y a sus órganos desconcentrados de gestión local, a los Gobiernos Locales y a la sociedad civil regional y local: organizaciones sociales, académicas y corporativas/gremiales.

2.2.1.4.5. Procesos

Los procesos que debe cumplir un SGC en salud son: (MINSA, 2008)

Procesos de Dirección

- ✓ Procesos de Regulación Complementaria en Calidad: Elaboración, revisión, actualización periódica y difusión de las normas técnicas y directivas institucionales requeridas para operación del SGCS, que suplan o complementen la ausencia de normatividad sectorial.
- ✓ Procesos de Coordinación y Concertación por la Calidad: Establecimiento de acuerdos intrainstitucional, interinstitucionales y sociedad civil a favor de la calidad y para orientaciones a la cooperación técnica y financiera en calidad.
- ✓ Procesos de Planificación de la Calidad: interpretación de las políticas nacionales de calidad, y formulación y evaluación de los Objetivos y Metas de la Calidad, según niveles; así como diseño de los documentos e instrumentos de planificación y gestión de la calidad. Incorporación del planeamiento en calidad

en el Plan Concertado, Planeamiento Estratégico y Plan Operativo, según corresponda.

- ✓ Procesos de Implementación del SGCS: planificación y asesoría en la implementación del SGCS según niveles, realización de los arreglos organizacionales para su implementación, monitorización y evaluación del desempeño.
- ✓ Procesos de Gestión Directiva de la Calidad, realización de una gestión de la calidad por resultados, establecimiento de fuentes y mecanismos de financiamiento nacional, regional y local.

Procesos de Garantía y Mejora

- ✓ Procesos de Asistencia Técnica en Calidad: Asistencia técnica a nivel regional en la implementación de las normas técnicas de garantía y mejora de la calidad y de sus respectivos métodos, técnicas e instrumentos.
- ✓ Procesos de Asistencia Técnica y Supervisión en Calidad: Asistencia Técnica y supervisión al nivel subregional en la implementación de las normas técnicas de monitoreo, evaluación y mejora de la calidad y de sus respectivos métodos, técnicas e instrumentos.
- ✓ Procesos de Gestión Local de la Calidad: formulación, gestión, monitoreo y evaluación de Programas de Gestión de Calidad en Hospitales Regionales, Redes y Microredes.

Procesos de Control y Vigilancia

- ✓ Procesos de Análisis y Control Institucional: Monitoreo de las políticas y objetivos nacionales en calidad, de los planes nacionales de calidad, de los procesos de evaluación nacional y regional según corresponda, con base a estándares, de los compromisos de gestión con los Gobiernos Regionales con base en indicadores de calidad.
- ✓ Procesos de Control Social: procesos de facilitación de información y recursos para el ejercicio de la vigilancia social de calidad de atención por las

organizaciones sociales de presencia nacional, regional y local, según corresponda.

- ✓ Procesos de Vigilancia Social: procesos de facilitación de información y recursos para el ejercicio de la vigilancia social de calidad de atención por las organizaciones sociales de presencia.

Procesos de Soporte de Sistema de Gestión de Calidad

- ✓ Procesos de información y registro para la calidad: Proceso de explotación de datos de los sistemas de información ya existentes y uso de Instrumentos de análisis de información con enfoque de calidad, aplicando metodologías de supervisión, monitoreo y evaluación de procesos de calidad y monitoreo basado en tendencias, cohortes y análisis comparativo por niveles.
- ✓ Procesos de generación de competencias para la calidad: Disponibilidad de recursos humanos con competencias laborales estandarizados en centros de aprendizajes.
- ✓ Procesos de suministro de insumos críticos y medicamentos para la atención: procesos que facilitan la capacidad resolutoria del establecimiento, así como las buenas prácticas de almacenamiento y suministro de medicamentos e insumos médicos en la red de farmacias que contribuyen a asegurar su acceso y disponibilidad en toda la red proveedora de servicios de salud.
- ✓ Procesos de asignación de recursos financieros para las intervenciones en calidad: procesos que vinculan la asignación regular de financiamiento para la implementación y ejecución de los planes y programas de gestión de la calidad. Reorientación del financiamiento del Seguro Integral de Salud, Presupuesto por Resultados, Presupuesto Participativo, Proyectos de inversión pública menores y otras fuentes.

2.2.1.4.6. Documentos

Los documentos que debe tener un SGC son:(MINSA, 2008)

Documentos Normativos

- ✓ Políticas Nacionales de Calidad en Salud

Documento que contiene las directrices para el desarrollo de la calidad de atención de salud en las organizaciones públicas y privadas del sector salud. Las políticas de calidad son formuladas por la Autoridad Sanitaria Nacional de manera concertada con los actores sanitarios y son aprobadas mediante Resolución Ministerial y son de cumplimiento obligatorio por las organizaciones proveedoras de atención de salud públicas y privadas. La Autoridad Sanitaria, en su correspondiente nivel, supervisa el cumplimiento de las políticas y evalúa sus resultados.

El Consejo Nacional y los Consejos Regionales de Salud promueven la formulación de las políticas de calidad a través de sus órganos especializados y facilita la coordinación para su seguimiento y evaluación.

La revisión y actualización de las Políticas Nacionales de Calidad de la Atención en Salud se realiza mediante Resolución Ministerial cada cinco años, de manera regular. Extraordinariamente cuando la Autoridad Sanitaria lo acuerde.

- ✓ Documento del Sistema de Gestión de Calidad de la Atención en Salud

Documento técnico que define las características, principios, visión, políticas institucionales, así como, los objetivos, componentes, procesos y normas; mediante los cuales se dirige y controla la Red Proveedora de Servicios de Salud MINSA-GR en lo referente a la calidad. Constituye la estrategia fundamental para la implementación de las Políticas Nacionales de Calidad de la Atención en la organización. El documento del Sistema de Gestión de la Atención en Salud es de cumplimiento obligatorio en la Red Proveedora de Servicios de Salud MINSA-GR y es aprobado por Resolución Ministerial. La revisión y actualización del documento del Sistema de Gestión de Calidad en Salud se realiza cada cinco años de manera regular. Extraordinariamente cuando la el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Calidad lo acuerde.

- ✓ Normas Técnicas de Gestión de la Calidad

Documento que establecen intervenciones para la garantía y mejora de la calidad, así como las estrategias y procesos específicos de cada intervención. Igualmente define los estándares y sus respectivos indicadores. Las Normas Técnicas de Gestión de la Calidad son aprobadas por Resolución Ministerial, la que define su ámbito de aplicación. Son de cumplimiento obligatorio y comprende los componentes de intervención y de gestión. La revisión y actualización de las Normas Técnicas de Gestión de la Calidad se realiza cada quinquenio de manera regular. Extraordinariamente cuando la el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Calidad lo acuerde.

Documentos Directivos

- ✓ Plan de Calidad

Documento que define los Objetivos de la Calidad de la Atención para la organización. El Plan especifica las estrategias, procesos, calendarios, responsabilidades y recursos necesarios para el logro de estos objetivos. Los Planes de Calidad son nacionales y regionales y están comprendidos en el Plan Estratégico y Plan Operativo Institucional. Los planes nacionales son aprobados anualmente por Resolución Ministerial. Son de cumplimiento obligatorio. Los planes regionales se formulan en el marco de las orientaciones nacionales los planes nacionales, precisando objetivos regionales de la calidad y se despliega en Programas de Gestión de Calidad.

- ✓ Plan de Implementación

Documento que determinan las estrategias, mecanismos, actividades y recursos para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad en el ámbito nacional o regional.

El Plan de Implementación se aprueba por Resolución Directoral, usualmente por única vez.

- ✓ Directiva

Documento que establece aspectos técnicos y operativos en materias específicas, necesarias para la adecuada implementación del SGCS o de una determinada norma técnica. Es de naturaleza permanente, y de cumplimiento obligatorio. Según su contenido son de carácter sanitario o administrativo.

Documentos Operativos

- ✓ Programas de Gestión de Calidad

Documento que operativiza las intervenciones de calidad en el espacio de producción de la atención de salud (hospitales, microredes). Es el conjunto de proyectos de garantía y mejora adecuadamente articulados para lograr objetivos de calidad.

- ✓ Manuales e Instructivos de procesos y procedimientos

Documentos de control

- ✓ Registro de control de documentos normativos
- ✓ Registro de control de Planes Nacionales de monitoreo, evaluación y mejora de la calidad: autoevaluación, acreditación, auditoría, mejora Registro de Informes de Monitoreo Registro de Informes de Asistencia Técnica
- ✓ Registros de control de Planes Regionales de Gestión de Calidad
- ✓ Registro de las Evaluaciones de la Calidad Registro de control de Programas de Gestión de Calidad.

2.2.1.5. Estándares e Indicadores de Calidad para hospitales

Cuadro 1: Estándares de calidad para Hospitales e Institutos especializados

ATRIBUTO	DEFINICIÓN OPERACIONAL DEL ATRIBUTO	ESTÁNDAR	TIPO	INDICADOR	
				NOMBRE	DESCRIPCIÓN
RESPECTO AL USUARIO EXTERNO	Consideración de la persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales	1. Los establecimientos cuentan con mecanismos de escucha al usuario y un sistema eficaz de gestión de sus quejas y sugerencias	RESULTADO	1. Porcentaje de quejas resueltas por la organización.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de quejas resueltas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de quejas recibidas}}$
		2. Los usuarios externos perciben un trato adecuado con amabilidad respeto y empatía	RESULTADO	2. Proporción de usuarios externos que perciben trato adecuado por el proveedor de servicios en la prestación de salud.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios externos encuestados que perciben buen trato} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Total de usuarios encuestados}}$
INFORMACIÓN COMPLETA	Provisión de contenidos veraces y oportunos, entendibles por las personas, que les permitan tomar decisiones sobre su salud	3. El usuario externo recibe, comprende y acepta la información que se le brinda acerca de los procedimientos, diagnóstico y tratamiento referidos a su caso	RESULTADO	3. Porcentaje de usuarios externos informados satisfactoriamente	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios externos encuestados que manifiestan que la información recibida en la atención es entendible y completa} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de usuarios externos encuestados}}$
EFICIENCIA	Logro de objetivos y metas haciendo uso racional de recursos	4. La organización de salud evalúa los gastos administrativos	PROCESO	4. Porcentaje de gastos administrativos	$\frac{\text{Total de gastos administrativos en el periodo correspondiente} \times 100}{\text{Gasto total en el mismo período}}$

		5. La organización constituye y formaliza equipos de MCC en los servicios	ESTRUCTURA	5. Porcentaje de servicios que cuentan con equipos de MCC	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de servicios que cuentan con equipos de MCC} \times 100}{\text{Total de servicios}}$
		6. La organización cuenta con los medicamentos necesarios para satisfacer la demanda de los usuarios	RESULTADO	6. Porcentaje de recetas prescritas por SIS dispensadas totalmente	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de recetas prescritas por SIS totalmente dispensadas} \times 100}{\text{Total de recetas prescritas por SIS del establecimiento}}$
EFICACIA	Logro de las metas y actividades verificables de acuerdo a normas, planes y procedimientos	7. La organización incorpora Objetivo de calidad incorporado en el PEI en el PEI y en el POI un objetivo y actividades de calidad respectivamente	ESTRUCTURA	7. Incorporación de un objetivo de calidad en el PEI	Objetivo de calidad incorporado en el PEI
				8. Incorporación de actividades de calidad en el POI	Actividades de calidad incorporadas en el POI
		8. El hospital asegura la aplicación de normas y procedimientos para el control de riesgos quirúrgicos y de infecciones intrahospitalarias.	PROCESO	9. Tasa de cesáreas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Cesáreas realizadas} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Total de Partos Atendidos}}$
			RESULTADO	10. Tasa o porcentaje de la principal infección intrahospitalaria seleccionada por el hospital	$\frac{1) \text{ Numero de pacientes con infección intrahospitalarias priorizada por el hospital o instituto} \times 100}{\text{Número total de pacientes expuestos}}$ $\frac{2) \text{ Número de episodios de la infección intrahospitalaria priorizada por el hospital o instituto} \times 1000}{\text{Número total de días de exposición al Dispositivo vigilado}}$

	9. La institución cuenta con protocolos, manuales de procedimientos aprobados y actualizados, conocidos por el personal y disponibles para la atención.	ESTRUCTURA	11. Disponibilidad de protocolos para los procesos de atención por servicio para las cinco primeras causas de morbilidad	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de servicios que tienen protocolos aprobados para las cinco primeras causas de morbilidad del servicio} \times 100}{\text{Total de servicios evaluados}}$
			12. Porcentaje de usuarios internos que conocen la existencia de protocolos de prevención y manejo de accidentes punzocortantes en la institución	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de usuarios internos encuestados que conocen la existencia de protocolos de prevención y manejo de accidentes punzo cortantes en la institución} \times 100}{\text{Total de usuarios internos encuestados}}$
	10. Se implementan procesos de auditorías de salud y administrativas de manera periódica y preventiva	ESTRUCTURA	13. Existencia de Comités de Auditoría	Comité de Auditoría existente y formalizado
		PROCESO	14. Porcentaje de conformidad de casos de eventos centinelas auditados	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de eventos centinela auditados con conformidad} \times 100}{\text{Total de casos de eventos centinela auditados}}$
			15. Porcentaje de Historias Clínicas auditadas con conformidad	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Historias Clínicas auditadas con conformidad} \times 100}{\text{Total de Historias Clínicas auditadas}}$
	11. La organización supervisa la prescripción de medicamentos en DCI comprendidos dentro del PNME	PROCESO	16. Porcentaje de medicamentos prescritos en DCI y dentro del petitorio nacional de medicamentos esenciales	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de medicamentos prescritos en DCI dentro del PNME} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de medicamentos prescritos}}$

		12. La organización supervisa las actividades realizadas por el Comité Farmacológico	PROCESO	17. Porcentaje de actividades realizadas por el comité Farmacológico según plan de trabajo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de actividades realizadas por los comités farmacológicos} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de actividades del comité farmacológico programadas en el POI}}$
		13. La organización evalúa el cumplimiento de la programación de operaciones electivas	PROCESO	18. Tasa de suspensión de operaciones electivas programadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de operaciones electivas programadas suspendidas} \times 100}{\text{Total de operaciones electivas programadas}}$
CONTINUIDAD	Proceso que garantiza la atención integral, sin interrupción y en forma permanente de los usuarios hasta la solución de problema de salud	14. La institución cuenta con recursos para garantizar la prestación ininterrumpida y la atención a sus referencias	ESTRUCTURA	19. Porcentaje de servicios de apoyo disponibles permanentemente	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de servicios de apoyo que funcionan las 24 horas según nivel de complejidad} \times 100}{\text{Total de servicios de apoyo}}$
				20. Disponibilidad de medios de transporte y comunicación para efectuar y recibir referencias	Medios de comunicación y transporte operativos para realizar las referencias
		15. El hospital se articula y organiza funcionalmente con los establecimientos de su red.	PROCESO	21. El Hospital cuenta con Manual de referencia y contrarreferencia	Manual de Referencia y contrarreferencia implementado.
OPORTUNIDAD	Disponibilidad de los servicios en el momento que el usuario lo requiera de acuerdo con las características y	16. El usuario recibe la atención necesaria en el momento que lo requiere según la	PROCESO	22. Porcentaje de pacientes con tiempo de espera para atención en emergencia menor de 15 minutos	$\frac{\text{Número de pacientes con tiempo de espera para atención en emergencia menor de 15 minutos} \times 100}{\text{Total pacientes atendidos en el mismo servicio}}$

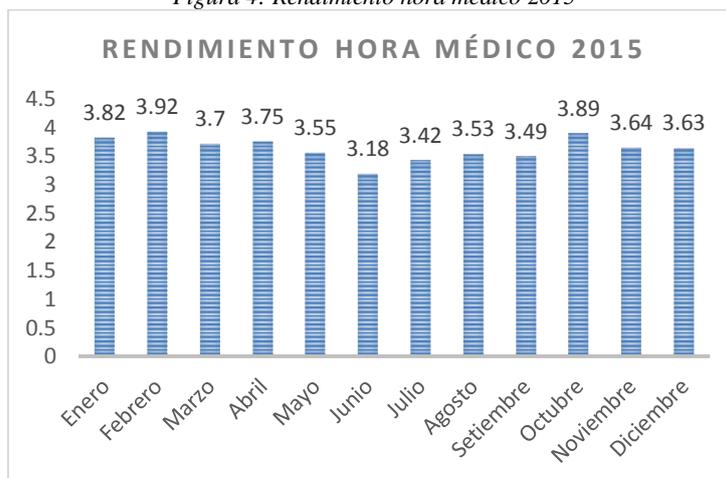
	severidad de cada caso.	severidad de su caso		23. Medición del tiempo de espera para la atención en consulta externa	Tiempo promedio de espera del usuario para atención en consultorio externo.
INTEGRALIDAD	Atención de la persona considerando sus esferas biopsicosociales y espirituales mediante actividades de vigilancia, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación	17. La institución cuenta con procesos que disminuyan las oportunidades perdidas en el control de neoplasias cervicouterinas	PROCESO	24. Porcentaje de usuarias en edad fértil mayores de 20 años con PAP realizado e informado.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de MEF mayores de 20 años con PAP realizado e informado en un periodo de tiempo determinado} \times 100}{\text{Total de MEF mayores de 20 años que acuden a los servicios en el mismo periodo de tiempo}}$
TRABAJO EN EQUIPO	Personas con visión compartida que asumen responsabilidades y compromisos, complementan capacidades y desarrollan sus potencialidades para el logro de resultados.	18. La organización incorpora a los usuarios externos en la gestión de la calidad	ESTRUCTURA	25. El equipo de gestión de la calidad de la organización cuenta con por lo menos un representante de los usuarios externos	Equipo de gestión de la calidad de la organización cuenta con por lo menos un representante de los usuarios externos existente y formalizado
		19. Los equipos de calidad cumplen con los acuerdos tomados	PROCESO	26. Cumplimiento de acuerdos tomados por los equipos de calidad de los servicios.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ acuerdos cumplidos por los equipos de calidad de los servicios} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de acuerdos tomados con el equipo de gestión de la organización}}$
		20. Los equipos de los servicios implementan proyectos de mejora de la calidad.	PROCESO	27. Porcentaje de trabajadores de los servicios involucrados en la implementación de proyectos de mejora de la calidad.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de trabajadores de los servicios involucrados en la implementación de proyectos de mejora de la calidad} \times 100}{\text{Total de trabajadores de los servicios}}$

PRIVACIDAD	Respeto a la privacidad de los usuarios con ambientes que garanticen una atención personalizada y a la confidencialidad de su información médica.	21. Los usuarios perciben privacidad durante la atención	RESULTADO	28. Porcentaje de usuarios atendidos en consulta externa, emergencia y hospitalización que percibieron privacidad durante la atención	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de usuarios atendidos en consulta externa, emergencia y hospitalización encuestados que percibieron privacidad durante la atención} \times 100}{\text{Total de usuarios atendidos en consulta externa, emergencia y hospitalización encuestados}}$
ACCESIBILIDAD	Condiciones de la organización y los servicios para facilitar el acceso de los usuarios a la atención que oferta	22. La institución establece mecanismos para garantizar el acceso a los servicios de los usuarios de menores recursos	PROCESO	29. Porcentaje de emergencias y partos financiados por Seguro Integral de Salud	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de emergencias y partos financiados por SIS} \times 100}{\text{Total de emergencias y partos atendidos}}$
SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO	Es la percepción favorable del usuario externo acerca de la atención recibida.	23. Usuario externo satisfecho con la atención recibida en los servicios de salud	RESULTADO	30. Porcentaje de satisfacción del usuario externo	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de usuarios externos encuestados satisfechos} \times 100}{\text{Total de usuarios externos encuestados}}$
SATISFACCIÓN DEL USUARIO INTERNO	Es la percepción favorable del usuario interno acerca de lo que recibe de la organización.	24. Usuario interno satisfecho con su organización	RESULTADO	31. Porcentaje de satisfacción del interno	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de usuarios internos encuestados satisfechos} \times 100}{\text{Total de usuarios internos encuestados}}$

Fuente: (MINSa, 2003)

2.2.1.6. Indicadores de eficiencia y rendimiento del HRDC

Figura 4: Rendimiento hora médico 2015



Fuente: Hospital Regional Docente Cajamarca

La fórmula aplicada para calcular el rendimiento hora médico es:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de atenciones médicas realizadas}}{N^{\circ} \text{ de horas médico efectivas}}$$

Se aprecia que en el mes de febrero del 2015 el rendimiento hora médico es superior (3.92) a comparación de otros meses.

Figura 5: Concentraciones de pacientes 2015



Fuente: Hospital Regional Docente Cajamarca

La fórmula aplicada para calcular las concentraciones:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de atenciones médicas realizadas}}{N^{\circ} \text{ de atendidos (nuevos y reingresos)}}$$

Se aprecia que en el mes de noviembre del 2015 la concentración de pacientes es superior (4.79) a comparación de otros meses.

Figura 6: Utilización de consultorios médicos



Fuente: Hospital Regional Docente Cajamarca

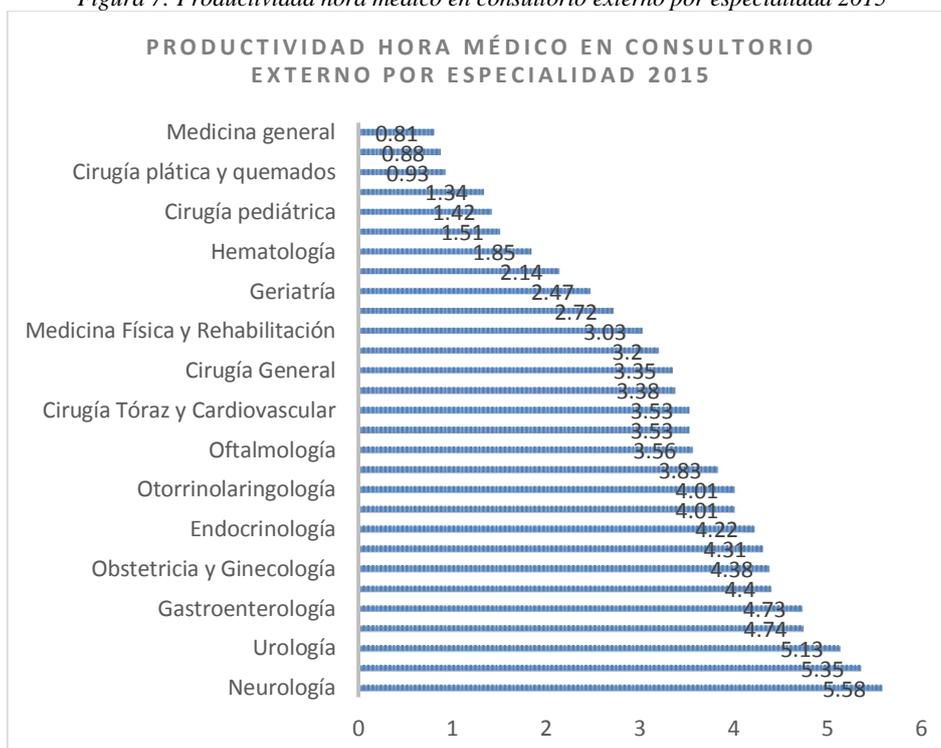
La utilización de consultorios médicos mide el grado de uso de los consultorios físicos de la consulta externa médica (CEM). Determina el número de turnos que se viene otorgando para la atención en CEM, comprendiendo cada turno con un tiempo de 4 horas. En este rubro, en el HRDC tenemos capacidad instalada ociosa.

Cuadro 2: Total de atenciones

Tipo	Médicas	No Médicas	Total
Atendidos	24653	6444	31097
Atenciones	86346	32494	118840

Fuente: Hospital Regional Docente Cajamarca

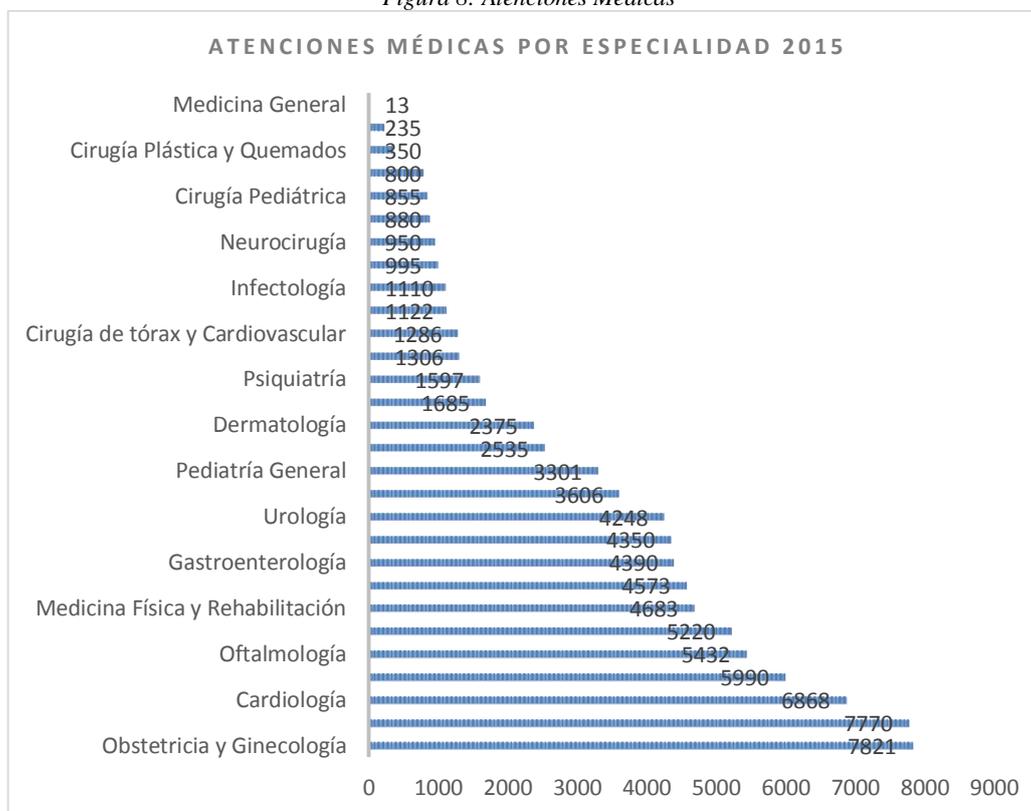
Figura 7: Productividad hora médico en consultorio externo por especialidad 2015



Fuente: Hospital Regional Docente Cajamarca

Se muestra que la mayor productividad hora médico en consultorio externo es Neurología.

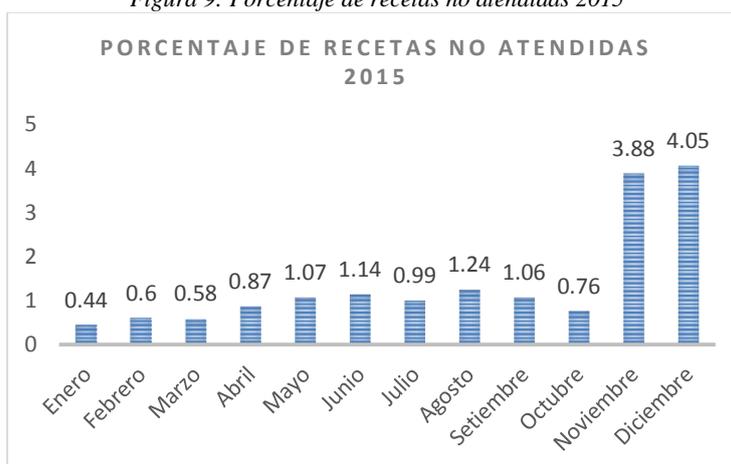
Figura 8: Atenciones Médicas



Fuente: Hospital Regional Docente Cajamarca

Se muestra que en el año 2015 el consultorio con mayor número de atenciones es obstetricia y ginecología.

Figura 9: Porcentaje de recetas no atendidas 2015



Fuente: Hospital Regional Docente Cajamarca

Se ha mejorado el control del porcentaje de recetas no atendidas en relación a las recetas prescritas, valores que se han incrementado para los meses de noviembre

y diciembre, en los que se ha considerado que la no dispensación de un solo medicamento de una receta para calificarla como no atendida.

2.2.2. Satisfacción del paciente

La satisfacción puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario". La satisfacción puede referirse como mínimo a 3 aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente, etc.); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población, y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado. Desde el punto de vista del paciente, la actividad asistencial se inicia en el momento mismo en que entra al centro de salud, y donde influyen los diversos factores propios del proceso.(Chang, Alem, & Mar, 1999)

La satisfacción es un concepto multidimensional cuyos componentes varían en función del tipo de prestación de que se trate (hospital de agudos, consulta crónicos, urgencias, etc.), más directamente relacionada con el componente afectivo de la actitud hacia el sistema sanitario o cualquiera de sus unidades (consultas o profesionales) y que conceptualmente puede explicarse merced a la desconfirmación de expectativas, donde la diferencia entre expectativas y percepciones es el elemento clave.(Jj et al., 2000)

Tradicionalmente se ha considerado que es más probable que un paciente satisfecho cumpla con las recomendaciones médicas, busque activamente ayuda médica y se ha considerado la comunicación con el paciente como el factor decisivo para asegurar la satisfacción. Del mismo modo, se ha considerado que la insatisfacción se relaciona con el coste de la atención sanitaria, la ineficacia del tratamiento, la ausencia de información comprensible, la falta de interés del profesional sobre el caso o la petición de un número excesivo de pruebas complementarias. Combinando diferentes fuentes se ha argumentado que la decisión de un paciente de acudir a una consulta médica vendría condicionada por: la necesidad o urgencia de curarse que experimenta (mayor en procesos agudos, incapacitantes o dolorosos), la calidad

profesional y humana que el paciente atribuye al médico (que podría estar basada únicamente en el comentario de otros pacientes), la presión de sus familiares para que busque ayuda médica o para que acuda a esa consulta en concreto, la percepción de control que tiene el paciente y que hace que piense que puede ir (conoce teléfono de contacto, puede pagar la consulta, etc.), el balance de costes y beneficios que intuye pueden producirse al acudir a la consulta y, finalmente, el nivel de satisfacción cuando se trata de un paciente que ya conoce a ese médico. Las diferencias en la satisfacción se atribuyen a factores individuales en los pacientes, a sus diferentes actitudes hacia el sistema sanitario, a cómo se organiza el sistema sanitario y se proveen las atenciones médicas y a diferencias entre los proveedores. En tal sentido, se ha sugerido que, al menos en el caso de la atención que prestan los médicos de cabecera, más del 90% de la varianza de la medida de la satisfacción estriba en factores del propio paciente y el restante 10% en factores del médico. (Jj et al., 2000)

En la literatura especializada, se ha señalado, repetidas veces, que conforme aumenta la información se incrementa la dificultad de comprensión de la misma. Tanto es así, que un 12% de los consumidores de pólizas de seguros sanitarias afirman que en su decisión solo se fijaron en uno de los datos obviando el resto³⁸. En una proporción importante, este dato suele ser o el nivel de satisfacción que relatan otros pacientes, o bien que esa compañía haya obtenido alguna certificación o acreditación de calidad por un organismo independiente. Las medidas de satisfacción del paciente que se han extendido en numerosos estudios del ámbito anglosajón responden, en parte, a este nuevo enfoque a la hora de organizar y diseñar los procesos asistenciales que venimos comentando. (Jj et al., 2000)

Características de los proveedores

La confianza que inspira el médico que atiende al paciente es un buen indicador de su grado de satisfacción. La satisfacción del paciente se ha sugerido que varía en función de ciertas condiciones de la interacción médico-paciente, como por ejemplo: duración de la consulta, proporción del tiempo de consulta en el que es el profesional

quien toma la palabra, actividad del médico durante la consulta, habilidades de comunicación, variedad y número de las preguntas que formula y comentar durante la consulta aspectos de índole no clínica. (Jj et al., 2000)

La forma de llevar a cabo la entrevista clínica aparece relacionada con la satisfacción y con un adecuado cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas. Aquellas entrevistas que permiten expresarse al paciente con libertad, en las que se transmite suficiente información y en las que los pacientes se sienten suficientemente cómodos como para preguntar al médico todas sus dudas o temores, incluso interrumpiendo al médico cuando explica algo que no entienden, se asocian a un nivel de satisfacción y cumplimiento de prescripciones más alto. En ambientes hospitalarios se han encontrado resultados similares, relacionando el grado de ayuda, comprensión y accesibilidad de los profesionales con la satisfacción. (Jj et al., 2000)

Otras características que deben considerarse son la propia satisfacción del profesional con su nivel y condiciones de trabajo y los estilos de práctica del médico. Así, se ha relacionado, en el ámbito de la Atención Primaria fundamentalmente, el estilo de práctica del médico con el nivel de satisfacción de sus pacientes, en el sentido de que los médicos que ponen en práctica estilos de comunicación más próximos hacia el paciente, no enjuician su comportamiento, le ofrecen mayor cantidad de información y adoptan una postura menos dominante suelen ser más valorados por sus pacientes. (Jj et al., 2000)

Medir la Satisfacción del Paciente

Aunque estamos más familiarizados con las encuestas de satisfacción del paciente ésta evaluación se puede realizar de muy diferentes formas: buzón de sugerencias, o mediante el análisis de las reclamaciones; grupos focales, grupos nominales, u otras técnicas cualitativas; recurriendo a clientes "cebos" para identificar puntos conflictivos de la prestación; auditorías; o analizando las preferencias de los pacientes a la hora de elegir médico o centro sanitario. En los últimos años se ha producido un incremento muy notable en el número de estudios que aplican técnicas de

investigación cualitativa para analizar el punto de vista de los pacientes. Así, por ejemplo, se han realizado estudios de análogos para conocer el posible comportamiento de los pacientes ante diferentes decisiones; analizado los factores que provocan insatisfacción en el paciente con la Atención Primaria de salud; las opiniones de los pacientes sobre el trato y la competencia de los médicos; se han determinado prioridades asistenciales; se ha identificado la forma de hacer compatibles los procesos asistenciales con los deseos de los pacientes; o analizado la relación entre expectativas del paciente y su satisfacción. En la tabla se recogen algunos de los motivos de queja más frecuentes de los pacientes donde se calcula que algo más de un tercio de las quejas corresponden a problemas con el diagnóstico y el tratamiento. (Jj et al., 2000)

Cuadro 3: Motivos de queja más frecuentes entre los pacientes

Diagnóstico y tratamiento	Problemas en el diagnóstico o en el tratamiento Resultados adversos o inesperados Competencia profesional juzgada insuficiente Demoras en Admisión o retrasos injustificados de las pruebas diagnósticas Altas prematuras Sensación de que no se progresa
Comunicación médico-paciente	Inadecuada información o ausencia de la misma Informaciones incongruentes por parte de varios profesionales No respetar la confidencialidad o intimidad del paciente
Relación médico-paciente	Falta de cortesía o trato rudo Percepción de maltrato por parte del paciente
Accesibilidad y disponibilidad	Dificultades de accesibilidad al médico Demoras o dificultades para obtener cita Cambios injustificados de cita No atender las llamadas del paciente No mantener la continuidad del cuidado

Fuente: (Jj et al., 2000)

La psicología es una de las ciencias que más se ha dedicado al problema de la satisfacción. Múltiples teorías, representaciones empíricas y aproximaciones metodológicas han confirmado, desde final del siglo XIX e inicio del XX, la importancia de la dialéctica satisfacción-insatisfacción en la comprensión del comportamiento humano. Esta dialéctica se ha convertido en el núcleo central de todas las comprensiones psicológicas de la dinámica del comportamiento. Si alguna duda se albergara sobre este hecho, para disiparla bastaría con recordar los nombres de Freud, James y Winsbagger, luego de Rogers y Maslow y, más recientemente, la teoría de las emociones intelectuales, o de la programación neurolingüística. El porqué de la importancia de la satisfacción en los sistemas de regulación del comportamiento

humano es una pregunta compleja. Al respecto cabe decir que si bien, tradicionalmente, la psicología vinculó la satisfacción con una definición restringida del comportamiento, los más recientes estudios usan definiciones de mayor alcance.(Jj et al., 2000)

Una breve referencia semántica permite encontrar como definición de satisfacción “la acción de satisfacer. Gusto, placer. Realización del deseo o gusto. Razón o acción con que se responde enteramente a una queja. También significa “Pagar enteramente lo que se debe, aquietar, saciar, dar solución, cumplir, llenar. Gustar, agradar a una persona algo o alguien. Aquietarse o persuadirse con una razón eficaz. Estar conforme uno con algo o alguien”.(Salazar, Ard, & Navarro, 2008)

Es evidente que a partir de estas definiciones resulta difícil determinar qué es satisfacer y sentirse satisfecho, pero en esencia el fenómeno muestra tres aspectos esenciales, los cuales son destacados por Zas: la satisfacción es siempre respecto de algo (o alguien); tiene que ver con algo que se quiere (se espera, se desea, etc.), y con lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto. Siguiendo a Zas se puede decir que la satisfacción es la resultante de un proceso que se inicia en el sujeto concreto y real, culmina en el mismo, y en tal sentido es un fenómeno esencialmente subjetivo, desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no. Sin embargo, para que exista satisfacción o insatisfacción, como algo sentido en un sujeto, muchas veces debe haber al menos una intención en otro de realizar una acción causante de un determinado resultado valorado como positivo o no, como “satisfactorio” o no.(Salazar et al., 2008)

La satisfacción, entonces, no estaría dada sólo como una sensación o estado individual y único, aunque esa es su esencia, sino que sería esa sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto, dado el desarrollo de todo un complejo proceso intrasubjetivo e intersubjetivo. No es una evaluación apenas desde lo personal, sino también desde lo social, desde y con el otro, desde lo que como sujetos pertenecientes a grupos sociales determinados sienten de un modo o de otro.(Salazar et al., 2008)

Mediante una revisión de la literatura, Morales y Hernández observan que el concepto de satisfacción se ha ido matizando a partir del análisis de sus distintos aspectos y del avance de la investigación sobre la satisfacción del consumidor. Estos autores encuentran que en los años setenta, cuando este campo de investigación empezó a crecer de manera notable, el interés se centró fundamentalmente en determinar las variables que intervienen en el proceso de formación de la satisfacción. Los primeros estudios fundamentados en una evaluación cognitiva determinaron la valoración de los atributos de los productos, la confirmación de las expectativas y los juicios de inquietud entre la satisfacción y las emociones generadas por el producto, pero enmascararon los procesos que subyacen al consumo y la satisfacción. En la década de los ochenta el interés se amplió para incluir, además, la investigación del propio proceso de formación de la satisfacción. La evolución o transformación cronológica del concepto queda bien reflejada en la siguiente tabla, la cual Morales y Hernández tomaron de Morales Sánchez. (Salazar et al., 2008)

Cuadro 4: Definiciones cronológicas de Satisfacción

AUTORES	DEFINICIÓN	CRITERIO	OBJETO	FASE
Howard y Sheth (1969)	Estado cognitivo derivado de la adecuación; o indagación de la recompensa recibida respecto a la inversión realizada.	Estado cognitivo.	Adecuación o inadecuación de la recompensa a la inversión	Después del consumo
Hunt (1977)	Evaluación que analiza si una experiencia de consumo es al menos tan buena como se esperaba.	Evaluación de una experiencia.	Analizar si la experiencia alcanza o supera las expectativas	Durante el consumo
Oliver (1970-1981)	Estado psicológico final resultante cuando la sensación que rodea la discrepancia de las expectativas se une con los sentimientos previos: acerca de la experiencia de consumo.	Evaluación. Estado psicológico final y respuesta emocional citada: por estándar inicial en cuanto a las expectativas.	Discrepancia entre las expectativas y el rendimiento percibido del producto consumido. Evaluación de La Sorpresa inherente a la experiencia de compra o adquisición.	Durante la compra y/o consumo
Churchill y Surprenani (1982)	Respuesta a la compra de productos y/o uso de servicios	Resultado Actitud.	comparación de los costes y las recompensas con	Después de la compra y

	que se deriva de la comparación, por el consumidor de las recompensas y costes de compra con relación a sus consecuencias esperadas.		las consecuencias esperadas de la compra	del consumo
Swan, Trawick y Carroll (1982)	Juicio evaluativo o cognitivo que analiza si el producto presenta un resultado bueno o pebre o si el producto es sustituible o insustituible. Respuestas afectivas hacia el producto.	Juicio o evaluación global determinado por respuestas afectivas y cognitivas.	Resultados del producto	Durante o después del consumo
Westbrock y Relly (1983)	Respuesta emocional causada por un proceso evaluativo-cognitivo. Las percepciones sobre un objeto, acción o condición, se comparan con necesidades y deseos del individuo.	Respuesta emocional.	percepciones sobre un objeto, acción o comparadas con necesidades y deseos del individuo	Después de la compra
Cadotte, Wocdruffy Jenkins (1987)	Sensación desarrollada a partir de la evaluación de una experiencia de uso.	Sensación causada por la evaluación.	Experiencia de uso	Después del consumo
Tse.. Nicosia yWiHon (1990)	Respuesta del consumidor a la evaluación de la discrepancia percibida entre expectativas y el resultado final percibida en el producto tras su consumo. Proceso multidimensional y dinámico.	Interactúan actividades mentales y conductuales a lo largo del tiempo. Respuesta causada por la evaluación.	discrepancia percibida entre expectativas tras normas de resultado y el resultado real del producto	Después del consumo
Weslbrocfc y Oliver (1990)	Juicio evaluativo posterior a la selección de una compra específica.	Juicio evacuativo.	Selección de compra específica	Posterior a la Selección
Mano y Qliver (193 2)	Respuesta del consumidor asociada posterior a la compra del producto o al servicio consumado.	Respuesta cognitiva y afectiva.	Respuesta promovida por factores cognitivos y afectivos	Posterior al consumo
Halstead, Hartman y SchiVpidt (1394)	Respuesta afectiva asociada a una transacción específica resultante de la comparación del resultado del producto con algún estándar	Respuesta evaluativa del nivel de realización.	Resultado del producto comparado con un estándar anterior a la compra	Durante o después del consumo

	fijado con anterioridad a la compra.			
Oliver (1996)	Juicio del resultado que un producto o servicio ofrece para un nivel suficiente de realización en el consumo.	Respuesta evaluativa del nivel de realización.	Producto o Servicio	Durante el consumo

Fuente: (Salazar et al., 2008)

Los mencionados autores sostienen, con base en su revisión, que lo entendido como satisfacción depende del punto de vista desde donde se analice. Así, para los economistas la satisfacción es un resultado o estado final, mientras que para los psicólogos es un proceso de evaluación. (Salazar et al., 2008)

A su vez, hay dos perspectivas principales sobre la satisfacción como resultado o estado final. Una, la relaciona con un sentimiento de estar saciado, asociado a una baja activación, a una sensación de contento, de donde se asume que el producto posee un rendimiento continuo y satisfactorio. La otra, y más reciente interpretación, incluye un rango de respuesta más amplio que la mera sensación de contento, pues en muchos casos la satisfacción supone una alta activación, por lo que se puede hablar de una satisfacción como sorpresa, positiva o negativa. (Salazar et al., 2008)

En la perspectiva asociada con la sensación de contento, la satisfacción corresponde a una visión utilitarista del comportamiento, la cual asume que la reacción del sujeto es el resultado del procesamiento de información y de la valoración del cumplimiento de las funciones que tiene asignadas un determinado producto. Como sorpresa, la satisfacción supone un ser humano que busca un placer hedonista, difícil de anticipar y valorar a priori. Frente a la satisfacción como proceso, Morales y Hernández también encuentran dos perspectivas, las cuales aparecieron en 1980: una de carácter cognitivista, sostenida por Oliver, y otra de índole afectiva, sustentada por Westbrook. La perspectiva cognitivista se apoya en estudios experimentales previos, los cuales asumen que la satisfacción resulta de un procesamiento cognitivo de la información; además, suponen que este procesamiento actúa de manera independiente y puede dar cuenta de la satisfacción sin que medie la intervención de procesos

afectivos. La satisfacción, entonces, es una evaluación emocional pos-compra o pos-uso que resulta de un procesamiento de la información relevante, el cual puede consistir en una comparación entre las expectativas del consumidor y el rendimiento percibido del producto, en la comparación social de costes y beneficios, así como en los procesos de atribución que realizan los consumidores. Esta perspectiva parece reflejar el dominio, desde finales de los años cincuenta, de la aproximación cognitiva en la investigación psicológica. (Salazar et al., 2008)

La perspectiva afectiva sostiene, con base en los postulados de Hunt, que la satisfacción no se debe entender solo a partir del procesamiento de información, y considera fundamental la presencia del componente afectivo en el proceso de consumo o uso del producto. Supone, asimismo, que durante la experiencia de compra aparece una serie de fenómenos mentales relacionados con sentimientos subjetivos, acompañados de emociones y estados de ánimo, y que estos elementos afectivos son distintos de la satisfacción y la anteceden. No obstante, a pesar de la insistencia de su proponente, Westbrook, solo hasta los años noventa se generalizó la consideración del afecto en el estudio de la satisfacción. Las corrientes utilitarista y hedonista tienen, en las perspectivas del procesamiento cognitivo y de los procesos afectivos, dos formas adicionales de expresión. El procesamiento cognitivo de información hace referencia a la corriente utilitarista, en la medida en que tiene en cuenta hasta qué punto el producto cumple con las funciones a este asignadas y conduce a la sensación de contento, mientras que la gran relevancia asignada a los procesos afectivos en la generación de la satisfacción como sorpresa se relaciona con la corriente hedonista. (Salazar et al., 2008)

Luego, recuerdan Morales y Hernández, surgió una propuesta integradora que ha ido ganando aceptación entre los investigadores. Esta considera que la satisfacción obedece a una doble vertiente, y que tanto los constructos cognitivos como los afectivos contribuyen a su formación. Se trata de dos mecanismos que actúan conjuntamente: el uno se refiere a la medida de los resultados funcionales o comparativos (qué le da el

producto al consumidor), mientras que el otro se refiere a cómo el producto influye en el afecto (cómo provoca emociones). (Salazar et al., 2008)

2.2.2.1. Satisfacción del cliente, consumidor, usuario o paciente

A diario, un sujeto acude a las instituciones de salud en espera de algo, otros sujetos lo atienden con la esperanza de poder satisfacerlo y, en caso de que estos lleguen a constatar que no le aportan lo previsto, esperan que en la próxima oportunidad puedan subsanar las fallas. Pero, así como es importante aclarar qué se entiende por satisfacción, también lo es saber con precisión a quién se refiere. En la literatura se encuentran por lo menos cuatro categorías para denominar a quien acude a las instituciones de salud: cliente, consumidor, usuario y paciente. Incluso, se debería agregar la categoría “demandante”, que junto con la categoría “oferente”, forma la diada con que la teoría económica se refiere a los agentes participantes en el mercado. Además, las categorías “cliente” y “consumidor” y, por supuesto, “demandante”, están referidas a algo que se denomina “servicio”, que es el objeto de la transacción. En particular, el término “satisfacción del paciente” exige especificar el referente del término “paciente”, y aclarar cómo se diferencia este último respecto de otras denominaciones. “Cliente”, había sido gradualmente reemplazado en los Estados Unidos por el término “consumidor”, debido a que la ideología del consumismo, de la cual formaba parte, no se acoplaba a la naturaleza de la relación médico-paciente o de la relación servicios de atención médica-paciente. (Salazar et al., 2008)

Pero a su vez el término “consumidor” fue criticado en el Reino Unido, porque se lo entendía alienado a la ideología comercial. No obstante, y desde otro punto de vista, el uso de este término dignifica la relación profesional-paciente, en la medida en que evita que el vocablo “paciente” se asocie con su uso tradicional de impotencia o subordinación al médico. “Usuario” y “cliente” se usan comúnmente en las áreas de los servicios sociales y de la salud comunitaria, con la intención de erradicar la referencia a un sujeto pasivo y dependiente. Igual sucede, en particular, en la atención primaria de

la salud, en donde esos términos son prevalecientes, y hay una fuerte resistencia a utilizar el término “consumidor”.(Salazar et al., 2008)

No obstante, la discusión terminológica, subyace a estas posiciones la convicción de que al evaluar los servicios se requieren, sin duda, las expresiones del paciente, las cuales remiten a un ser humano que sufre el dolor o el malestar, pero que tiene derechos a la atención y a la salud. En términos sociológicos y administrativos, paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud. Es un ser humano, que además de tener derecho a la atención y a la salud, también tiene el derecho a ausentarse de sus actividades habituales y responsabilidades, tal como lo obliga, en cumplimiento de las recomendaciones médicas, el cuidado de la enfermedad.(Salazar et al., 2008)

Se puede decir, entonces, que aquel sujeto que acude diariamente a las instituciones de salud en espera de algo, es alguien que como paciente sufre la enfermedad y solicita el cuidado. Frente a él, otros, antes o después de cualquier consideración de realidades como el mercado, deberían, solícitamente, procurarle el cuidado que puedan, de la manera más satisfactoria posible. La investigación y reflexión sobre satisfacción del paciente, que emerge como un resultado del cuidado médico, es una tarea relevante que permite poner en evidencia los siguientes asuntos.

- ✓ Las necesidades sentidas por el paciente
- ✓ Su búsqueda de atención
- ✓ Las condiciones asistenciales a donde acude para recibirla
- ✓ Su disposición a pagar por ella
- ✓ Que siga o no las instrucciones del prestador sobre el uso correcto del tratamiento
- ✓ Que continúe o no usando el tratamiento
- ✓ Que regrese o no al prestador de servicios
- ✓ Que recomiende o no los servicios a los demás.

En cuanto a sus objetos generales, la investigación de la satisfacción, debe, por una parte, observarlas actitudes del paciente en relación con los servicios de salud y, por otra, captar su valoración de la intervención médica. Pero la investigación de la satisfacción, desde el punto de vista del paciente, puede obedecer a uno de tres distintos niveles de relevancia: puede ser tomada en cuenta solamente para describir los servicios de salud, puede ser entendida como una medida de los procesos del cuidado de la salud, o puede ser considerada como uno de los más importantes aspectos de las investigaciones sobre la satisfacción. (Salazar et al., 2008)

2.2.2.2. Componentes de la satisfacción

En la investigación y discusión de la satisfacción del paciente es corriente que los cuidados de salud se desglosen en términos de componentes, los cuales llegan a constituir objetos específicos de evaluación. Han sido numerosas las tipologías propuestas para clasificar los componentes. Algunas de ellas han tenido amplia aplicabilidad, mientras que otras se han limitado a contextos específicos. Una taxonomía de ocho componentes, la cual se puede sintetizar así: (Salazar et al., 2008)

- ✓ Aspectos interpersonales: características de la interacción de los prestadores con los pacientes: respeto, cortesía, interés y amistad, entre otros.
- ✓ Calidad técnica de la atención: competencia de los proveedores y adhesión a altos estándares de diagnóstico y tratamiento.
- ✓ Accesibilidad: Facilidad de obtener una cita.
- ✓ Aspectos financieros.
- ✓ Eficacia/resultados.
- ✓ Continuidad de la atención
- ✓ Entorno de atención: Es la comodidad que el ambiente físico presenta a las personas que acuden a un centro de salud.
- ✓ Integralidad: disponibilidad de recursos para la atención.

Otra propuesta se identifica como importantes el cuidado de enfermería, la atención médica, la comunicación, la protección administrativa, la protección del medio

ambiente y el desempeño de los procesos. Por otra parte, Ambramowitz proponen diez componentes claves para la atención hospitalaria: la atención médica, el gobierno de casa, el cuidado de enfermería, el auxiliar de enfermería, los procedimientos y el tratamiento por parte del staff, los niveles de ruido, la comida, la limpieza, los servicios de portería y la calidad total. Baker identifica los siguientes componentes de la satisfacción de la atención primaria en el Reino Unido: la continuidad del cuidado, la accesibilidad a cirugías, la calidad de la atención médica y la disponibilidad de médicos. En el contexto del paciente, Mclaver propone la accesibilidad, el tiempo de espera, el ámbito de la espera, la actitud del staff, y la información del paciente, como un componente crítico. (Salazar et al., 2008)

2.2.2.3. Teoría de los dos factores en la satisfacción del cliente

Dado que lo ideal para una empresa que tenga como objetivo la calidad sería satisfacer a sus clientes-meta en todas sus transacciones, es lógico pensar que un mejor conocimiento del proceso de formación de la satisfacción del cliente permitiría desarrollar normas y procedimientos más adecuados para lograr ese objetivo. Con la intención de contribuir a explicar dicho proceso, en este trabajo se testa una adaptación de la teoría de los dos factores de Herzberg a la satisfacción del cliente, la cual postula que unas dimensiones de los productos y/o servicios determinan la satisfacción del cliente, y otras muy distintas su insatisfacción. En el supuesto de que la satisfacción e insatisfacción del cliente tuvieran su origen en dimensiones de los productos y/o servicios distintos, minimizar la insatisfacción del cliente no sería lo mismo que maximizar la satisfacción del cliente. En tal caso, a una empresa le interesaría saber cuáles son las dimensiones que se relacionan con la insatisfacción y cuáles se relacionan con la satisfacción. Los directivos de organizaciones que sólo controlaran el nivel de las dimensiones que con más frecuencia aparecen en sus hojas de reclamaciones, podrían tener la creencia equivocada de que están satisfaciendo a sus clientes y ofertando un producto o servicio de calidad, cuando, en realidad, lo único que están haciendo es reducir o eliminar la insatisfacción. Por otra parte, las empresas

podrían aprovechar las múltiples oportunidades para diferenciarse que le proporcionaría prestar atención a las dimensiones fuertemente vinculadas con la satisfacción, y conseguir una posición competitiva más ventajosa.(Carmona Lavado, 1998)

Frederick Herzberg; psicólogo y consultor norteamericano. Profesor de la universidad de UTAH. Frederick Herzberg; formuló la teoría de los dos factores para explicar mejor el comportamiento de las personas en el trabajo y plantea la existencia de dos factores que orientan el comportamiento de las personas. (Carmona Lavado, 1998)

Factores higiénicos o factores extrínsecos, es el ambiente que rodea a las personas y como desempeñar su trabajo. Estos están fuera del control de las personas. Principales factores higiénicos; salario, los beneficios sociales, tipo de dirección o supervisión que las personas reciben de sus superiores, las condiciones físicas y ambientales de trabajo, las políticas físicas de la empresa, reglamentos internos, etc.(Carmona Lavado, 1998)

Herzberg, destaca que sólo los factores higiénicos fueron tomados en cuenta en la motivación de las personas, el trabajo es una situación desagradable y para lograr que las personas trabajen más, se puede premiar e incentivar salarialmente, eso se refiere, se incentiva a la persona a cambio de trabajo. Según la investigación de Herzberg cuando los factores higiénicos son óptimos evita la insatisfacción de los empleados, y cuando los factores higiénicos son pésimos provocan insatisfacción. Su efecto es como un medicamento para el dolor de cabeza, combaten el dolor, pero no mejora la salud. Por estar relacionados con la insatisfacción, Herzberg los llama factores de insatisfacción.(Carmona Lavado, 1998)

Factores motivacionales o factores intrínsecos, estos factores están bajo el control del individuo (persona) ya que se relaciona con lo que él hace y desempeña. Los factores materiales involucran sentimientos relacionados con el crecimiento individual, el reconocimiento profesional y las necesidades de autorrealización que desempeña en su trabajo. Las tareas y cargos son diseñados para atender a los principios de eficiencia

y de economía, suspendiendo oportunidades de creatividad de las personas. Esto hace perder el significado psicológico del individuo, el desinterés provoca la “desmotivación” ya que la empresa sólo ofrece un lugar decente para trabajar. (Carmona Lavado, 1998)

Según Herzberg, los factores motivacionales sobre el comportamiento de las personas son mucho más profundos y estables cuando son óptimos. Por el hecho de estar ligados a la satisfacción del individuo Herzberg los llama factores de satisfacción. También destaca que los factores responsables de la satisfacción profesional de las personas están desligados y son distintos de los factores de la insatisfacción. Para él “el opuesto de la satisfacción profesional no sería la insatisfacción sino ninguna satisfacción”. (Carmona Lavado, 1998)

2.2.2.4. Factores de satisfacción y factores de insatisfacción

En otros términos, la teoría de los dos factores de Herzberg afirma que:

La satisfacción en el cargo es función del contenido o de las actividades retadoras y estimulantes del cargo que la persona desempeña: son factores motivacionales o de satisfacción. (Carmona Lavado, 1998)

La insatisfacción en el cargo es función del contexto, es decir, del ambiente de trabajo, del salario, de los beneficios recibidos, de la supervisión, de los compañeros y del contexto general que rodea el cargo ocupado: son los factores higiénicos o de satisfacción. (Carmona Lavado, 1998)

Para proporcionar motivación en el trabajo, Herzberg propone el “enriquecimiento de tareas”, también llamado “enriquecimiento del cargo”, el cual consiste en la sustitución de las tareas más simples y elementales del cargo por tareas más complejas, que ofrezcan condiciones de desafío y satisfacción personal, para así con el empleado continúe con su crecimiento personal. (Carmona Lavado, 1998)

2.2.2.5. La satisfacción del paciente en la asistencia sanitaria

La satisfacción del paciente con la asistencia sanitaria que recibe es un tema que interesa al menos a dos grupos de profesionales lectores de esta gaceta: a los que se dedican a la calidad asistencial, porque la insatisfacción les aporta oportunidades de

mejora, y a los interesados en la evaluación de los servicios, porque la satisfacción es un resultado de la asistencia. Se da importancia a cuatro temas que son cruciales para los dos grupos de profesionales: El concepto de satisfacción, el ámbito donde se aplican los estudios de satisfacción, la medida de la satisfacción y el propósito de la valoración de la satisfacción. (Bohigas Lluís, 1995)

El análisis del concepto de satisfacción del paciente en la revisión de Ibern se fundamentaba en la teoría de la discrepancia, es decir, la satisfacción del paciente depende de la diferencia entre sus expectativas y la percepción del servicio sanitario que ha recibido. Si lo que el paciente percibe es mejor o igual a lo que esperaba, quedará satisfecho, si es peor quedará insatisfecho. Por lo tanto, para medir la satisfacción no es suficiente valorar su experiencia personal, sino que debemos también tener alguna idea de lo que esperaba del servicio. Esta teoría ha sido criticada por Carr-Hill, que la califica de excesivamente mecánica “los pacientes llegan con objetivos (expectativas, aspiraciones); lo médico hacen algo (o no); el satisfómetro mide el resultado. La realidad es seguramente diferente; sea lo que sea lo que significa la satisfacción, debería reflejar, al menos en parte, la relación entre el médico y el enfermo”. (Bohigas Lluís, 1995)

Un psicólogo, Williams, analiza la evidencia empírica sobre la teoría de las expectativas, y cita el estudio del profesor Thomson, que analizó una gran muestra de pacientes y encontró que las expectativas estaban correlacionadas con la satisfacción, pero sólo explicaban el 8% de la varianza de la satisfacción entre los sujetos. Williams estudia la forma cómo los pacientes evalúan la asistencia y encuentra que un paciente “da por seguro” que algunos aspectos de la asistencia son buenos y sólo evalúa otros. Por ejemplo, cuando un paciente va al hospital “da por hecho” que los aspectos más técnicos del cuidado son buenos y se preocupa sólo por evaluar los hoteleros, mientras que un paciente en la atención primaria “da por hecho” los aspectos de relación con el médico y en cambio evalúa la competencia técnica del mismo. Esta evaluación selectiva del paciente es la clave de la satisfacción con el servicio. Finalmente, Williams no está de acuerdo con que el paciente tenga siempre expectativas. En algunos casos, el

paciente se siente “consumidor” y valora y critica el cuidado que recibe, pero en otros, el paciente adopta un papel pasivo y deja que el profesional sanitario tome todas las decisiones sobre su cuidado, en este caso no tiene sentido hablar de satisfacción con los cuidados.(Bohigas Lluís, 1995)

El estudio de las expectativas aparece en un artículo de Thomson y Suñol. Estos autores proponen la existencia de cuatro tipos de expectativas: ideales, predecibles, normativas y no formadas. Las ideales son las aspiraciones o deseos, las predecibles son las que se pueden esperar por nuestra experiencia o la de nuestros vecinos, las normativas son aquellas que reflejan lo que debería ser y finalmente las no formuladas que incluyen desde la no existencia, hasta la dificultad de expresión e incluso el “dar por hecho” de Williams.(Bohigas Lluís, 1995)

Estos trabajos indican que la relación entre expectativas y satisfacción está lejos de ser mecánica, las expectativas se van formando con nuestras experiencias en el sector sanitario, y estas experiencias son percibidas y deformadas por el paciente a la luz de sus expectativas, las relaciones son ambos sentidos y muy complejas.(Bohigas Lluís, 1995).

En la aplicación de las encuestas de satisfacción. Ibern citaba cuatro posibles ámbitos: sistema sanitario, plan de aseguramiento, programa, y servicio sanitario (atención primaria y hospital). En los tres primeros ámbitos el propósito del análisis de la satisfacción del paciente acostumbra a ser comparativo, se compara un sistema sanitario con otro, mientras que, en el caso de un centro sanitario, el propósito acostumbra a ser el detectar problemas para alimentar un programa de mejora de la calidad. (Bohigas Lluís, 1995)

En el ámbito del sistema sanitario se sitúan los resultados, que se han hecho públicos recientemente, en la encuesta de Salud de Catalunya que ofrece el habitual alto nivel de satisfacción de la mayoría de encuestas +90%. En el ámbito del aseguramiento se ha publicado una revisión muy interesante de Miller y Luft sobre la evaluación de las Health Maintenance Organizations (HMO) americanas, que aportan el

dato que los americanos están tan satisfechos con las HMO como con las aseguradoras tradicionales, aunque las primeras les limitan mucho la elección de médico respecto a las segundas. (Bohigas Lluís, 1995)

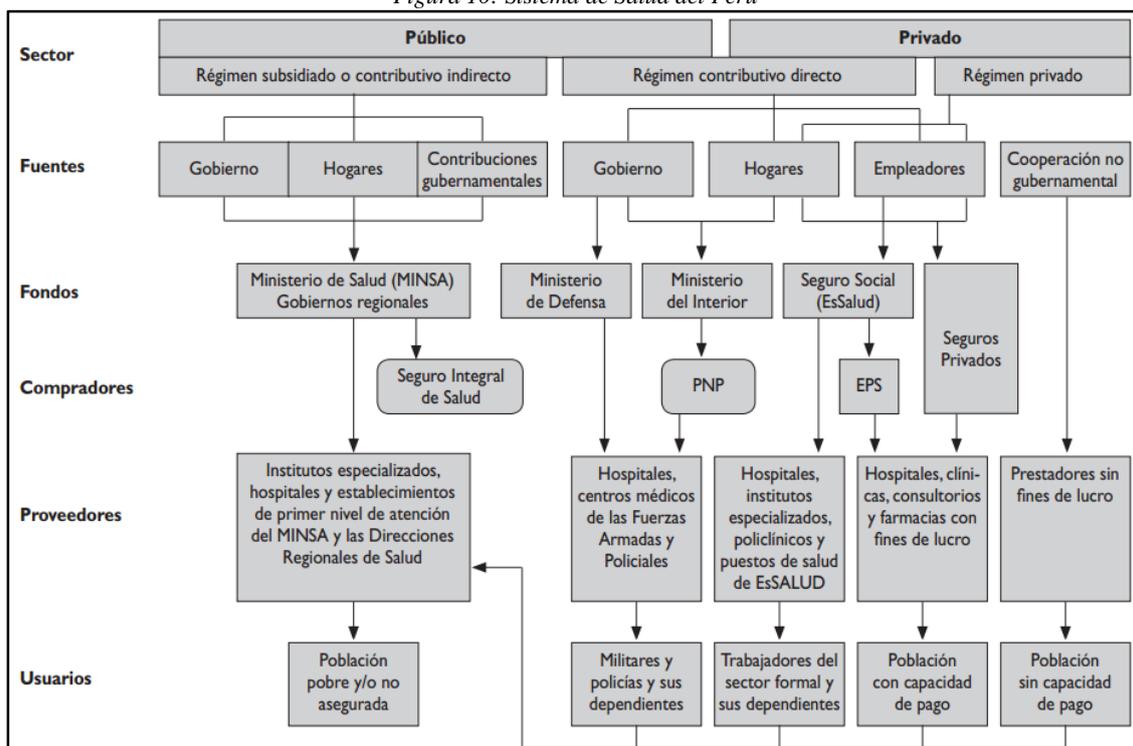
Los estudios de atención primaria se orientan hacia tres tipos de aspectos de la asistencia: competencia profesional, actitud del profesional y temas organizativos, mientras que los modelos hospitalarios se orientan hacia: cuidados médicos, cuidados de enfermería, resultado médico. admisión-alta, confort-limpieza, comida, cortesía y atención religiosa. Dentro de cada uno de estos aspectos se especifican algunos atributos, por ejemplo, dentro de la comida se estudian: el gusto, la temperatura, la posibilidad de elección, el horario y el conjunto del servicio. Por cierto que la comida es un aspecto nada desdeñable de la satisfacción de los pacientes hospitalizados; en la Encuesta de Salud de Catalunya fue el aspecto peor valorado de los hospitales. (Bohigas Lluís, 1995)

Hay que tener en cuenta que la mayoría de estudios muestran que algunos tipos de pacientes están siempre más satisfechos que otros, en esto hay coincidencia en el tema de la edad del paciente, los pacientes ancianos están más satisfechos que los jóvenes. Un estudio publicado en Medical Care sobre la satisfacción según el tipo de Médico tratante, indica que la satisfacción con la atención prolongada por los profesionales femeninos es superior a la de los masculinos. (Bohigas Lluís, 1995)

Si el propósito de la encuesta es la calidad, lo importante es valorar no la satisfacción, sino la insatisfacción, para encontrar áreas de mejora. Un estudio australiano valoró la insatisfacción de los pacientes que habían abandonado un servicio de urgencia antes de recibir tratamiento. El tiempo de espera fue uno de los móviles determinantes de esta actuación. Cuando el objetivo es el “outcome”, éste no debe limitarse a resultados del sistema sino que se empieza a ver estudios clínicos que consideran la satisfacción como un outcome clínico, un artículo sobre la cirugía de la epilepsia utiliza la satisfacción del paciente como medida del “outcome”. (Bohigas Lluís, 1995)

2.2.2.5.1. Sistema de Salud de Perú

Figura 10: Sistema de Salud del Perú



Fuente: (Alcalde-rabanal, Lazo-gonzález, Nigenda, Je, & Nigenda, 2011)

El sistema de salud del Perú tiene dos sectores, el público y el privado. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en el régimen subsidiado o contributivo indirecto y el contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social. En el sector público el gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones y por medio del SIS, que subsidia la provisión de servicios a la población que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema. La prestación de servicios para el régimen subsidiado de población abierta o asegurada al SIS se realiza a través de la red de establecimientos del MINSA, hospitales e institutos especializados que están ubicados en las regiones y en la capital de la república. El sistema de seguridad social en salud tiene dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional (EsSalud) y la provisión privada (EPS). EsSalud ofrece servicios de salud a la población asalariada y sus familias en sus propias instalaciones, pero desde la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en 1997, el sector privado le ha vendido servicios personales a EsSalud a través de las Entidades

Prestadoras de Salud (EPS). Los militares, policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud integrado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP). Adicionalmente se creó un Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que cubre la atención por accidentes. En el sector privado se distingue el privado lucrativo y el privado no lucrativo. Forman parte del privado lucrativo las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico por imágenes y los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras y azucareras. Como prestadores informales están los proveedores de medicina tradicional: shamanes, curanderos, hueseros y parteras, entre otros. (MINSA, 2011)

El sector privado no lucrativo está clásicamente representado por un conjunto variado de asociaciones civiles sin fines de lucro dentro de las que destacan los organismos no gubernamentales (ONG), la Cruz Roja Peruana, las Compañías de Bomberos Voluntarios, las organizaciones de acción social de algunas iglesias (CARITAS, ADRA), los servicios de salud de parroquias de la Iglesia Católica y las comunidades terapéuticas, entre otras. La mayor parte presta servicios de primer nivel y frecuentemente reciben recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos, gobierno y hogares. (MINSA, 2011)

En 2009 se promulgó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. La Ley tiene como objeto establecer el marco normativo para el aseguramiento universal en salud a fin de garantizar el derecho progresivo de toda persona a un conjunto de intervenciones para diversas condiciones de salud y enfermedad con independencia de su inserción laboral. Los trabajadores del sector informal, los auto empleados de zonas rurales (sector agrícola) y los desempleados y sus familias, que representan alrededor de 58% de la población total, son los beneficiarios de los servicios del MINSA. (MINSA, 2011)

2.2.2.6. Indicadores de satisfacción del paciente

Los indicadores de satisfacción del paciente en su nivel general son:

Cuadro 5: Indicadores de satisfacción del paciente

Trámites y papeles
Tiempo de espera
Comodidad de las instalaciones
Espacio en sala de espera
Ventilación en sala de espera
Comodidad de los asientos en sala de espera
Espacio en la consulta
Limpieza en la consulta
Ventilación en la consulta
Estado de conservación del centro
Identificación de los profesionales
Satisfacción con el tiempo de la consulta
Grado de intimidad en la consulta
Adecuación de los horarios del centro
Entendimiento de la información del médico
Organización del centro en general
Confidencialidad de sus datos clínicos
Respeto en el trato en el centro
Disponibilidad del personal del centro
Información sobre los tratamientos
Permiten dar su opinión sobre el tratamiento

Fuente: (R, Rosal, Pol, Lorient-arín, & Soc, 2008)

Por otro lado, en el análisis de la formación de la satisfacción global de los usuarios, la naturaleza subjetiva y social del concepto de satisfacción hace necesario tener en consideración la influencia que sobre la misma pueden tener las características sociodemográficas del usuario, a saber: la edad, el género, el estado civil, el número de personas que conviven en el hogar, el nivel de estudios, la ocupación, la frecuentación al centro y el tamaño del municipio en el que reside. De la misma manera, ya que el servicio que se analiza no se presta ni en el mismo centro ni en idénticas condiciones físicas u organizativas, parece oportuno también tener en cuenta en la formación de la satisfacción de los usuarios algunas características de la prestación del servicio o variables del sistema, como son el tipo de visita, el tipo de cita o el sexo del médico. (R et al., 2008)

Cuadro 6: Satisfacción de los usuarios

	Consulta externa	Emergencia	Hospitalización
Resultado 2014	31.03	22.43	31.55
Resultado 2015	43.9	29.46	46.7

Fuente: Hospital Regional Cajamarca

Con respecto al año anterior, se aprecia una notable mejora en la satisfacción de los usuarios en consulta externa, emergencia y hospitalización.

2.2.3. Sistema de Gestión de la Calidad Vs. Satisfacción del paciente

La calidad en la prestación de los servicios de salud

El tema de la calidad parte de los propósitos y de los requisitos establecidos que debe cumplir cualquier organización y de la satisfacción de las necesidades de las personas a las cuales presta un servicio. En materia de salud, dar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones de salud que inciden sobre una población y sus individuos, identificados o no por ellos y estableciendo o aplicando las normas, procedimientos y protocolos diagnóstico terapéuticos necesarios, verificando los instrumentos y medios médicos que se utilizan. (Porro, 2010)

La Calidad

A nivel mundial son muchas las acepciones que se han dado al concepto de calidad, desde las genéricas hasta las específicamente referidas a los servicios de salud. En este último caso, una de las más aceptadas es la de Avedis Donabedian, que dice: (Porro, 2010)

“La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logue el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario”. (Porro, 2010)

Cabe señalar, sin embargo, que la referencia de atención médica debe entenderse como la atención que proporcionan todos aquellos que intervienen en la atención de los usuarios de los servicios de salud. Por ende, el término “médica” no se refiere solamente al ejercicio profesional de los médicos. De igual manera, cuando se

habla de “usuario” no se refiere únicamente al paciente sino también a sus acompañantes e incluso al personal de los establecimientos de salud.(Porro, 2010)

Así mismo, existen otras consideraciones importantes a tenerse en cuenta, respecto a la definición de calidad en los servicios de salud: La calidad en salud tiene su fundamento y razón de ser en la calidad de vida, como justa aspiración de los pueblos y deber de todos los actores sociales, conducida por los gobiernos. La calidad de la prestación es consecuencia del derecho a la salud. La calidad no es sinónimo de lujo o complejidad, sino por el contrario, la calidad en los servicios de salud debe ser la misma en todos los establecimientos de salud en los tres niveles de atención. La calidad constituye una construcción histórica, social y culturalmente determinada que desafía de manera continua nuestra creatividad y emprendimiento, no es pues un estado al cual se accede. A consecuencia de la afirmación anterior, teniendo en cuenta que en última instancia el juez de la calidad es el usuario (sus necesidades y expectativas), es esencial hacer conciencia de la diversidad étnica y cultural del país. Por ello, más que un esfuerzo de homogenización, es básico un enfoque de diálogo intercultural, tanto en la definición de objetivos de calidad como en las acciones concretas de mejoramiento. La calidad es dependiente de múltiples factores, objetivos y subjetivos, sin embargo, es mesurablemente a través de métodos cualitativos y cuantitativos. La calidad en los servicios de salud no depende de un grupo de personas sino que involucra a toda la institución y depende de todos.(Porro, 2010)

Dimensiones de la calidad

Existen diversas propuestas analíticas de la calidad en salud, pero posiblemente la presentada por Avedis Donabedian siga siendo, pese a su generalidad, la de mayor aceptación cuando propone tres dimensiones: los aspectos técnicos de la atención, las relaciones interpersonales, que se establecen entre proveedor y usuario y el contexto o entorno de la atención.

La comprensión y manejo de tales dimensiones pueden expresarse de la siguiente manera: (Porro, 2010)

- a. Dimensión Técnico- Científica**, referida a los aspectos científicos-técnicos de la atención, cuyas características básicas son: Efectividad, referida al logro de cambios positivos (efectos) en el estado de salud de la población; Eficacia, referida al logro de los objetivos en la presentación del servicio de salud a través de la aplicación correcta de las normas técnicas y administrativas; Eficiencia, uso adecuado de recursos estimados para obtener los resultados esperados; Continuidad, prestación ininterrumpida del servicio, sin paralizaciones o repeticiones innecesarias; Seguridad, la forma en que se prestan los servicios de salud determinada por la estructura y los procesos de atención que buscan optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario. Integralidad, que el usuario reciba las atenciones de salud que su caso requiere y que se exprese un interés por la condición de salud del acompañante.
- b. Dimensión Humana**, referida al aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene las siguientes características: Respeto a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona; Información completa, veraz, oportuna y entendida por el usuario o por quien es responsable de él o ella; Interés manifiesto en la persona, en sus percepciones, necesidades y demandas; lo que es asimismo válido para el usuario interno; Amabilidad, trato cordial, cálido y empático en la atención; Ética, de acuerdo con los valores aceptados por la sociedad y los primeros ético-deontológicos que orientan la conducta y los deberes de los profesionales y trabajadores de la salud.
- c. Dimensiones del Entorno**, Referida a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles. Implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, orden, privacidad y el elemento de confianza que percibe el usuario por el servicio.

2.2.3.1. La calidad en relación con la satisfacción

Las evaluaciones a través de las percepciones de los clientes, consumidores, usuarios o pacientes en la actualidad, son de uso muy frecuente, por parte de organizaciones, tanto privadas como públicas, de muy diversos sectores, incluido el ámbito sanitario. Los índices de calidad y de satisfacción, conforme el demandante es el juez final e inapelable de la gestión, constituyen uno de los principales activos sobre los cuales se basan las posibilidades de sostener la rentabilidad y el crecimiento de las empresas, o la confianza del ciudadano en los servicios que se le ofrecen. Lo que revelen las evaluaciones a través de las percepciones, ha de determinar en muy buena medida la capacidad competitiva de las empresas. Sin embargo, se debe tener claro qué se mide cuando se pregunta por la calidad o por la satisfacción, y cuál de los dos conceptos se debe usar en una situación específica, aunque se debe tener presente que no es fácil contar con medidas fiables y válidas de esos mismos constructos. (Salazar et al., 2008)

Los dos conceptos no son equivalentes, así estén altamente correlacionados. Mientras que los juicios sobre la calidad conllevan una mayor estabilidad en el tiempo y se refieren a dimensiones muy específicas que tienen que ver con los atributos del producto, las expresiones de satisfacción pueden cambiar en cada transacción y, si bien pueden estar determinadas por dimensiones de la calidad, también pueden provenir de fuentes que no están relacionadas con ellas. Por esta razón, las organizaciones no sólo deben contar con una buena imagen en cuanto a la calidad de sus productos, sino que además deben vigilar la realización de cada transacción específica porque estas experiencias pueden afectar la lealtad del cliente. La satisfacción se origina a partir del procesamiento cognitivo de la información, y es la consecuencia de la experiencia de emociones durante el proceso de consumo. Es el resultado de procesos sicosociales de carácter cognitivo y afectivo. Se podría definir, entonces, como una evaluación pos-consumo y/o pos-uso, susceptible de cambiar en cada transacción. Por su parte, la calidad del servicio es la valoración de la utilidad de un producto o servicio, en cuanto a

que haya cumplido con los fines que tiene encomendados y, también, a que haya producido sensaciones placenteras.(Salazar et al., 2008)

En los procesos investigativos también se diferencian los dos conceptos, toda vez que son distintos los objetivos que se pueden buscar. Así, la investigación de la calidad se centra en el estudio de sus dimensiones y medida, mientras que la investigación de la satisfacción lo hace en los procesos evaluativos que llevan a los individuos a mantener determinadas conductas de compra y consumo. En este último caso, la calidad es sólo uno de los factores que intervienen en el proceso. De lo dicho no queda claro si la calidad es un antecedente o una consecuencia de la satisfacción. Al respecto fundamentalmente existen tres tendencias: a) la que plantea que la satisfacción provoca una percepción de calidad, de modo que la satisfacción influye en la evaluación a largo plazo de la calidad que perciben los individuos; b) la que considera que es la calidad la que influye sobre la satisfacción que se experimenta, de manera que la satisfacción es una disposición que viene determinada, entre otros factores, por la calidad percibida, y c) la que piensa que la calidad de servicio percibida es tanto un antecedente como una consecuencia de la satisfacción.(Salazar et al., 2008)

2.2.3.2. La calidad como medida de la satisfacción

La calidad del resultado o del producto es una de las medidas usadas para conocer la satisfacción, en el mismo sentido en que también se usan, entre otros, los reportes directos de satisfacción, las quejas, los indicadores de la conducta del paciente, o la diferencia entre las pre y las pos calificaciones (ratins) de las expectativas. En esta aproximación, según los mismos autores, la medición de la calidad se refiere a cosas como la reducción de un síntoma y, en la medida en que el paciente percibe una mejora o considera que el producto es bueno, se presume que el paciente o consumidor está satisfecho. Sin embargo, se advierte que es posible encontrar pacientes saludables pero infelices o felices, pero no saludables, como también pacientes que asignan altas calificaciones a la calidad de un producto pero que, al mismo tiempo, expresan que al

usarlo no están satisfechos. En síntesis, “aunque la percepción de la calidad del producto es usada comúnmente como una medida de la satisfacción, tiene inherentes debilidades”(Salazar et al., 2008)

Con un matiz algo distinto, el uso de la calidad es considerado como uno de los métodos directos para evaluar la satisfacción, en cuyo caso se solicita al usuario que califique los servicios a partir de una escala que va de “excelente” a “pobre”. El otro método directo, que es más simple, consiste en describir cada característica específica de los servicios y solicitar su calificación en una escala que va de “muy satisfecho” a “muy insatisfecho”.

- ✓ Pero si se quiere saber cuál de los dos métodos directos es mejor, vale la pena tener en cuenta la investigación realizada por Ware y Hays, quienes concluyen que si bien para las cuatro dimensiones de la satisfacción tomadas en cuenta, ambos métodos son adecuados, pues su consistencia interna y validez son satisfactorias, la evaluación de la calidad en la escala que va de “excelente” a “pobre” es superior a la evaluación de la satisfacción en la escala que va de “muy satisfecho” a “muy insatisfecho”. El primer método arroja calificaciones más bajas y más cercanas al punto medio de la escala, presenta mayor variabilidad en las respuestas y en las pruebas de validez sus evaluaciones tienden a estar más correlacionadas con las intenciones de conducta.(Salazar et al., 2008)

En la primera variante de esta perspectiva, la calidad del servicio y la satisfacción que este produce se entienden como dos eventos altamente, pero no perfectamente, correlacionados y, aunque no se dice nada sobre su secuencia temporal, parece lícito suponer que el fenómeno de la calidad antecede al de la satisfacción. Esto también es bien claro en el texto de Ross, Frommelt, Hezelwood y Chang. Se trata de un desarrollo fundamentado en el punto de vista que coloca a la satisfacción como variable dependiente.(Salazar et al., 2008)

2.2.3.3. La satisfacción como medida de la calidad

Algunos autores plantean que la medición de la satisfacción es una manera de revelar la calidad; así lo hace Donabedian: La satisfacción del cliente es de importancia fundamental como una medida de la calidad del cuidado porque da información sobre el éxito del proveedor en alcanzar aquellos valores y expectativas sobre los cuales la última autoridad es el cliente. El sentido de la satisfacción como medida de la calidad se fundamenta en lo que se supone que ocurre cuando se expresa satisfacción o insatisfacción. En este contexto, el fenómeno de la calidad, también entendido como previo y condicionante de la variable dependiente, conformada por las expresiones de satisfacción, consiste en la mayor o menor aproximación de los atributos experimentados frente a unos antecedentes pertenecientes al usuario, como son sus valores y expectativas. En este sentido, Sitzia y Wood anotan que desde el punto de vista del paciente la calidad del cuidado de salud hace referencia al margen entre las expectativas y la experiencia actual. Se debe anotar al margen que la adopción de la satisfacción como medida o indicador de la calidad refleja la presión, no sólo por monitorear y mejorar la prestación de los servicios de salud, sino, además, por incluir el punto de vista del paciente en el proceso de auditoría. En la actualidad, la medida de la satisfacción del usuario o paciente con los cuidados de salud recibidos, si bien es uno de los métodos utilizados para evaluar la calidad, es, también, una forma de promover su participación en el sistema de salud. Sin embargo, la eficacia de la satisfacción en medir la calidad, como la asume Donabedian, se sustenta en tres supuestos, cuya validez se llega a poner en duda. Según estos las expresiones de satisfacción están en función de un proceso previo consistente en encontrar los valores y expectativas de los clientes; esas expresiones implican que el usuario aprueba o afirma ciertos atributos del servicio de salud, y, los valores y expectativas del paciente realmente existen. La medida de la calidad a través de la satisfacción tiene otros problemas. Se subraya, por ejemplo, que las respuestas satisfactorias que muestran los estudios empíricos no necesariamente reflejan buena calidad, ya que la insatisfacción podría estar asociada

sólo con situaciones desfavorables extremas, de manera que la satisfacción sólo significaría que no ocurre nada extremadamente malo. Además de aseverar que regularmente la mayoría de los clientes afirman estar satisfechos, independientemente de la calidad real, McCauley y Salter indican que resulta difícil evaluar la satisfacción. Las dificultades en la evaluación surgen, por una parte, de que los métodos y medidas usados para recolectar los datos suelen influir en las respuestas de los usuarios y, por otra, de que tanto el acceso a los servicios como sus repercusiones (por ejemplo, la presencia de efectos secundarios) pueden afectar la satisfacción a tal nivel que esta no refleje el proceso de prestar atención. (Salazar et al., 2008)

La amplitud de los conceptos conduce a que, si bien por una parte la calidad no quede bien representada por la satisfacción, por otra, este último fenómeno recoja más condicionantes que la calidad misma. Así, la calidad de vida, entendida como satisfacción en un sentido amplio, depende de algo más que, por ejemplo, los cuidados de enfermería, pues también obedece “a variables medioambientales, informacionales, personales o sociales”. Por último, se recuerda que, dada su subjetividad, el punto de vista del usuario sobre la calidad es parcial. A este respecto es útil volver a citar a Sitzia y Wood, quienes al retomar la posición de Redfern y Norman indican que el concepto de calidad debe incorporar la equidad, la accesibilidad, la aceptabilidad, la eficiencia, la efectividad, y la conveniencia”. (Salazar et al., 2008)

CAPITULO III: PLANTEAMIENTO DE LA (S) HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

El Sistema de Gestión de la Calidad incide en la satisfacción del paciente en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca, 2015, bajo las siguientes condiciones:

- ✓ Respeto al Usuario Externo
- ✓ Información brindada
- ✓ Eficiencia
- ✓ Eficacia
- ✓ Continuidad
- ✓ Oportunidad
- ✓ Trabajo en Equipo
- ✓ Privacidad
- ✓ Accesibilidad
- ✓ Satisfacción del usuario interno.

3.1.2. Hipótesis específicas

1. El nivel actual de atención en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca es alto.
2. El nivel de satisfacción del paciente en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca es alto.
3. El nivel de eficiencia del SGC frente a la satisfacción del paciente en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca es alta.
4. Las condiciones para una atención de calidad en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca son:
 - ✓ **Atención oportuna**
 - Disminuir el tiempo de la atención en ventanilla.
 - Disminuir el tiempo en arreglar historias repetidas.

- Disminuir el tiempo para solicitar una cita.
- Disminuir el tiempo para ser atendido en cita médica.
- ✓ **Adecuada Accesibilidad**
 - Incrementar medios de obtener una cita
 - Disminuir el tiempo en programar a los médicos.
- ✓ **Adecuado Entorno de atención**
 - Ubicación y localización clara y entendible.
 - Orden en la cola
 - Comodidad
 - Entendible señalización
 - Personal con uniforme o distintivo
 - Exoneración de pago a las personas de bajos recursos.
- ✓ **Trato humanizado**
 - Información entendible y completa
 - Buen trato
 - Disminución de reclamos y quejas.

3.2. Variables

Variable independiente: Sistema de Gestión de la Calidad

Variable dependiente: Satisfacción del paciente.

3.3. Operacionalización de los componentes de las Hipótesis

Cuadro 7: “Operacionalización de los componentes de las Hipótesis”

“Evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad en Admisión de Consulta externa del Hospital Regional Docente Cajamarca y su incidencia en la Satisfacción del Paciente, 2015”

Hipótesis	Definición conceptual de las variables	Definición operacional de las variables			Índice	Técnicas e instrumentos de recolección de datos
		Variables	Dimensiones	Indicadores		
<p>Hipótesis General</p> <p>El SGC incide en la satisfacción del paciente en CE del HRDC, 2015, bajo las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Respeto al Usuario Externo ✓ Información brindada ✓ Eficiencia ✓ Eficacia ✓ Continuidad ✓ Oportunidad ✓ Trabajo en Equipo ✓ Privacidad ✓ Accesibilidad ✓ Satisfacción del usuario interno. 	<p>El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud está 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 dependencias públicas de los tres niveles (Nacional, Regional y Local), en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.(MINSa, 2006)</p>	Sistema de Gestión de calidad	Respeto al Usuario Externo	Atención recibida	Escala	-Encuesta/cuestionario
				Buen trato	Escala	
				Quejas y sugerencias	Escala	
			Información brindada	Información recibida	Escala	-Encuesta/cuestionario
				Información entendible	Escala	
				Información aceptada	Escala	
			Eficiencia	Gasto administrativos	Escala	-Encuesta/cuestionario.
				Medicamentos necesarios	Escala	
				Mejora continua.	Escala	
			Eficacia	Objetivos de calidad en el Plan Estratégico Institucional (PEI)	Escala	-Encuesta/cuestionario.
				Objetivos de calidad en el Plan Operativo Institucional (POI)	Escala	
				Aplicación de normas y procedimientos	Escala	
				procesos de auditorías	Escala	
				Prescripción de medicamentos uso racional de medicamentos	Escala	
			Continuidad	Recursos disponibles	Escala	-Encuesta/cuestionario.
				Articulación con establecimientos	Escala	
Oportunidad	Disponibilidad del servicio	Escala	-Encuesta/cuestionario.			
Trabajo en Equipo	Vínculo del usuario externo y calidad	Escala	- Encuesta/cuestionario.			
	Acuerdos	Escala				
	Proyectos de mejora	Escala				
Privacidad	Atención personalizada	Escala	- Encuesta/cuestionario.			

Hipótesis Específicas		Nivel del estado de ánimo de un individuo que resulta de la comparación entre el rendimiento percibido del producto o servicio con sus expectativas.(Thompson, 2015)	Satisfacción del paciente	Accesibilidad	Acceso a servicios a pacientes de menos recursos	Escala	- Encuesta/cuestionario.		
						Respecto al usuario interno	Motivación	Escala	- Encuesta/cuestionario.
					Apoyo	Escala	- Encuesta/cuestionario.		
<p>Hipótesis Específicas</p> <ol style="list-style-type: none"> El nivel actual de atención en CE del HRDC es alta. El nivel de satisfacción del paciente en CE del HRDC es alta. El nivel de eficiencia del SGC frente a la satisfacción del paciente en CE del HRDC es alta. Las condiciones para una atención de calidad en CE del HRDC son: <ul style="list-style-type: none"> Atención oportuna <ul style="list-style-type: none"> Disminuir el tiempo de la atención en ventanilla. Disminuir el tiempo en arreglar historias repetidas. Disminuir el tiempo para solicitar una cita. Disminuir el tiempo para ser atendido en cita médica. Adecuada Accesibilidad <ul style="list-style-type: none"> Incrementar medios de obtener una cita Disminuir el tiempo en programar a los médicos. Adecuado Entorno de atención <ul style="list-style-type: none"> Ubicación y localización clara y entendible. Orden en la cola Comodidad Entendible señalización Personal con uniforme o distintivo Exoneración de pago a las personas de bajos recursos. Trato humanizado <ul style="list-style-type: none"> Información entendible y completa Buen trato Disminución de reclamos y quejas. 				Accesibilidad	Medios de obtener una cita	Tipos de medios	- Encuesta/cuestionario.		
							Motivos de obtener cita	Tipos de motivos	- Encuesta/cuestionario.
						Atención oportuna	Tiempo en atender a un paciente en ventanilla.	Minutos	- Encuesta/cuestionario.
							Tiempo en arreglar historias repetidas.	Minutos	
							Tiempo de espera para solicitar una cita.	Días	
							Tiempo de espera para atención de cita médica	Días	- Encuesta/cuestionario.
						Entorno de atención	ubicación/ localización	Escala	- Encuesta/cuestionario.
							Orden en la cola.	Escala	
							Comodidad	Escala	
							Señalización	Escala	
							Costo de la atención.	Escala	
						Buen trato	Información entendible y completa.	Escala	- Encuesta/cuestionario.
							Buen trato.	Escala	
							Reclamo/queja	Escala	- Encuesta/cuestionario.

Elaboración: Propia

CAPITULO IV: MARCO METODOLÓGICO

4.1. Ubicación geográfica

El Hospital Regional Docente Cajamarca se encuentra ubicado en Jr. Larry Jhonson S/N, barrio de Mollepampa del Distrito, Provincia y Departamento de Cajamarca.

4.2. Diseño de la investigación

Diseño no experimental de corte transversal

4.3. Métodos de investigación

Método Deductivo-Inductivo

4.4 Población, muestra, unidad de análisis y unidad de observación

Población:

La población está compuesta por los pacientes atendidos en el Hospital Regional Docente Cajamarca en el año 2015, presentando un total de 31097.

Cuadro 8: Datos para la muestra

HRDC: Total de atenciones (Médicas y No Médicas)			
2015			
Tipo	Médicas	No médicas	Total
Atendidos	24653	6444	31097
Atenciones	86346	32494	118840

Fuente: Hospital Regional Docente Cajamarca

Muestra:

96 pacientes que se atendieron en Admisión de Consultorio Externo del Hospital Regional Docente Cajamarca, 2015.

$$n = \frac{z^2 pqN}{(N - 1)e^2 + z^2 pq}$$

Dónde:

N: Tamaño de la población

n: Tamaño de la muestra

Z=1-∞: Nivel de confianza

p: Variabilidad positiva (aciertos)

q: Variabilidad negativa (desaciertos)

e: Nivel de precisión (error)

Y trabajamos con los siguientes valores:

N: 31 097 Z: 95%, será $0.95/2= 0.475$, convirtiéndose en 1.96.

p: 0.5 q: 0.5

e: 0.1

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 31097}{(31097 - 1) \times 0.1^2 + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

Obteniéndose el valor de 95.74737273 entonces n= 96. La selección de los 96 pacientes, se estratifican de la siguiente manera:

Cuadro 9: Estratificación de muestra

Pacientes	Nº
Asegurados por el SIS	54
Particulares	20
Asegurados SaludPol	22
Total	96

Fuente: Entrevistas

Para analizar la variable Sistema de Gestión de la calidad se ha tomado una muestra por conveniencia de 30 personas comprendidas en jefes y encargados de áreas que se relacionan con admisión de consulta externa.

Unidad de análisis y de observación:

96 pacientes que se atienden en Admisión de Consultorio Externo del Hospital Regional Docente Cajamarca en el año 2015 y 30 jefes/encargados de área.

4.5. Técnicas e instrumentos de recopilación de información

Cuadro 10: Técnicas e instrumentos de recopilación de información

Técnicas de recopilación de información	Instrumentos de recopilación de información	Para qué se utilizó
Entrevistas	Guion o guía de entrevista, libreta de notas, cámara de video.	Fue aplicado a jefes/ encargados de área, para obtener más información del porqué de las respuestas negativas en la encuesta aplicada a los usuarios acerca de la satisfacción del servicio y de la variable SGC.
Encuestas	Cuestionario.	Para obtener la información y elaborar las estadísticas acerca de la variable SGC y satisfacción del paciente de acuerdo a indicadores previamente establecidos.

Fuente: Elaboración por Tesista

4.6. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

Para el procesamiento de la información se realizarán cálculo de porcentajes, gráficos y tabulación de resultados. En el caso de las entrevistas se realizará un análisis simple, el cual consiste en la identificación de conceptos emitidos y la detección de los aspectos en los cuales hubo coincidencias o diferencias de criterios en los entrevistados.

4.7. Equipos, materiales, insumos

Equipos: Computadora, cámara fotográfica/filmadora

Materiales: Lápices, fólder manilo, USB, libros.

Insumos: Papel bond, Fotocopias, impresiones, cuaderno de apuntes.

4.8. Matriz de consistencia metodológica

Cuadro 11: Matriz de consistencia metodológica

"Evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad en Admisión de Consulta externa del Hospital Regional Docente Cajamarca y su incidencia en la Satisfacción del Paciente, 2015"								
Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	Metodología	Población y muestra
<p>Pregunta general ¿En qué medida el SGC incide en la satisfacción del paciente en CE del HRDC , 2015?</p>	<p>Objetivo general Evaluar la incidencia del SGC en el grado de satisfacción del paciente en CE del HRDC , 2015.</p>	<p>Hipótesis General El SGC incide en la satisfacción del paciente en CE del HRDC , 2015, bajo las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Respeto al Usuario Externo ✓ Información brindada ✓ Eficacia ✓ Eficiencia ✓ Continuidad ✓ Oportunidad ✓ Trabajo en Equipo ✓ Privacidad ✓ Accesibilidad ✓ Satisfacción del usuario interno. 	<p>Sistema de Gestión de la calidad</p>	<p>Respeto al Usuario Externo</p>	<p>Atención recibida Buen trato Quejas y sugerencias</p>	-Encuesta /cuestionario	<p>Deductivo-Inductivo</p>	<p>Población La población está compuesta por 233 600 pacientes atendidos , 2015 del Hospital Regional Docente Cajamarca.</p> <p>Muestra 96 pacientes que se atendieron en Admisión de Consultorio Externo del Hospital Regional Docente Cajamarca , 2015.</p>
				<p>Información brindada</p>	<p>Información recibida Información entendible Información aceptada</p>	-Encuesta /cuestionario		
				<p>Eficiencia</p>	<p>Gasto administrativos Medicamentos necesarios Mejora continua.</p>	-Encuesta /cuestionario		
				<p>Eficacia</p>	<p>Objetivos de calidad en el Plan Estratégico Institucional (PEI) Objetivos de calidad en el Plan Operativo Institucional (POI) Aplicación de normas y procedimientos Procesos de auditorías</p>	-Encuesta /cuestionario		
				<p>Continuidad</p>	<p>Recursos disponibles Articulación con establecimientos</p>	-Encuesta /cuestionario		
				<p>Oportunidad</p>	<p>Disponibilidad del servicio</p>	-Encuesta /cuestionario		
				<p>Trabajo en Equipo</p>	<p>Vínculo del usuario externo y calidad Acuerdos Proyectos de mejora</p>	-Encuesta /cuestionario		
				<p>Privacidad</p>	<p>Atención personalizada</p>	-Encuesta /cuestionario		
				<p>Accesibilidad</p>	<p>Acceso a servicios a pacientes de menos recursos</p>	-Encuesta /cuestionario		
					<p>Motivación</p>			

				Satisfacción del usuario interno	Apoyo	-Encuesta /cuestionario	
Preguntas auxiliares 1. ¿Cuál es el nivel actual de atención en CE del HRDC? 2. ¿Cuál es el nivel de satisfacción del paciente en CE del HRDC? 3. ¿Cuál es el nivel de eficiencia del SGC frente a la satisfacción del paciente en CE del HRDC? 4. ¿Cuáles deben ser las condiciones para una atención de calidad en CE del HRDC?	Objetivos específicos 1. Determinar el nivel actual de atención en CE del HRDC. 2. Determinar el nivel de satisfacción del paciente en CE del HRDC. 3. Determinar el nivel de eficiencia del SGC frente a la satisfacción del paciente en CE del HRDC. 4. Determinar las condiciones para una atención de calidad en CE del HRDC.	Hipótesis Específicas 1. El nivel actual de atención en CE del HRDC es Alto. 2. El nivel de satisfacción del paciente en CE del HRDC es Alto. 3. El nivel de eficiencia del SGC frente a la satisfacción del paciente en CE del HRDC es buena. 4. Las condiciones para una atención de calidad en CE del HRDC son: ✓ Atención oportuna ➤ Disminuir el tiempo de la atención en ventanilla. ➤ Disminuir el tiempo en arreglar historias repetidas. ➤ Disminuir el tiempo para solicitar una cita. ➤ Disminuir el tiempo para ser atendido en cita médica. ✓ Adecuada Accesibilidad ➤ Incrementar medios de obtener una cita ➤ Disminuir el tiempo en programar a los médicos. ✓ Adecuado Entorno de atención ➤ Ubicación y localización clara y entendible. ➤ Orden en la cola ➤ Comodidad	Satisfacción del paciente	Accesibilidad	Medios de obtener una cita Motivos de obtener cita	-Encuesta /cuestionario	
				Atención oportuna	Tiempo en atender a un paciente en ventanilla. Tiempo en arreglar historias repetidas. Tiempo de espera para solicitar una cita.	-Encuesta /cuestionario	
					Tiempo de espera para atención de cita médica		
					Entorno de atención	Ubicación/ localización Orden en la cola Comodidad Señalización Costo de la atención.	-Encuesta /cuestionario
				Calidad de atención	Información entendible y completa.	-Encuesta /cuestionario	
					Buen trato.		

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Presentación, análisis, interpretación y discusión de resultados

A continuación, se presentan los resultados que constituyen la parte medular de la presente investigación, ya que presentan los datos representativos hallados en el estudio de acuerdo a los objetivos planteados.

Se presenta 2 encuestas, la primera con respecto a la variable: Sistema de Gestión de la Calidad, que es aplicada a los jefes y/o encargados de oficinas que están ligados al proceso de admisión y la segunda encuesta es aplicada a los usuarios que se atienden en el HRDC.

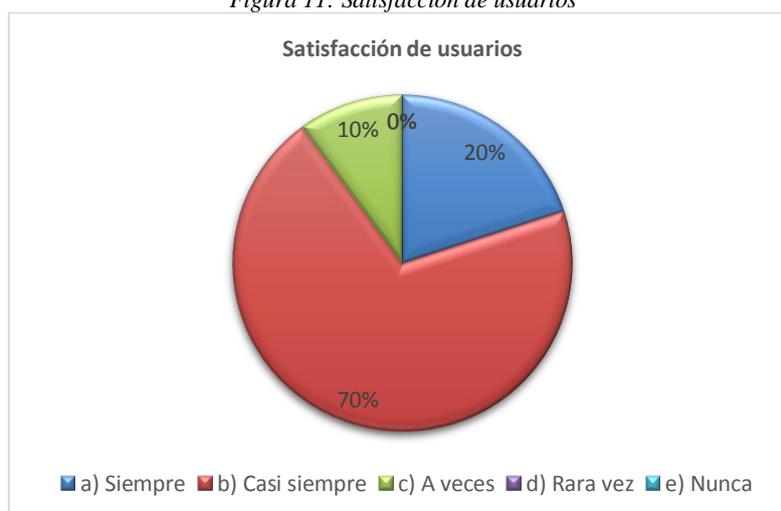
Los resultados hallados para la primera encuesta, referente a la variable Sistema de Gestión de Calidad son los siguientes:

Cuadro 12: Satisfacción de usuarios

¿Los usuarios se sienten satisfechos con la atención recibida en admisión de consulta externa?	
a) Siempre	6
b) Casi siempre	21
c) A veces	3
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 11: Satisfacción de usuarios



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

En torno a la satisfacción de los usuarios hay un gran porcentaje que afirma su satisfacción con la atención que se le brinda y esto se ve reflejado en la concurrencia al hospital, tanto de paciente asegurados como pacientes particulares, sin embargo, hay un 10% de usuarios que afirma que a veces se siente satisfecho, esto se debe a la estratificación de la muestra seleccionada; los asegurados por el SIS, son personas que en su mayoría son de bajos recursos y perciben una satisfacción, pero ese 10% son usuarios que son considerados como no pobres, los mismos que reflejan el porcentaje de pacientes que no se ven contentos con la atención brindada.

Cuadro 13: Trato adecuado

¿Los usuarios externos perciben un trato adecuado con amabilidad, respeto y empatía?	
a) Siempre	10
b) Casi siempre	18
c) A veces	2
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 12: Trato adecuado



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

De los datos obtenidos, se puede concluir que se brinda un trato adecuado a los pacientes, sin embargo, hay un porcentaje considerable de un 7% que afirma que no se le brinda un trato adecuado, esto debido a que: el personal que atiende en ventanilla utiliza un tono de voz subido, considerando el paciente que está que se le grita, esto

genera incomodidad tanto al paciente como al usuario que atiende, el tono de voz subida es por el ruido que se genera en el ambiente y que al hablar en un tono bajo no se escucha hacia afuera de la ventanilla.

Cuadro 14: Mecanismos de escucha

¿El HRDC cuenta con mecanismos de escucha al usuario y un sistema eficaz de gestión de sus quejas y sugerencias?	
a) Siempre	22
b) Casi siempre	8
c) A veces	0
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 13: Mecanismos de escucha



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

El hospital cuenta con un libro de reclamaciones, además de ello existe una oficina de calidad que vela por la satisfacción del paciente tanto particular como asegurado. En esta oficina los pacientes presentan sus quejas y sugerencias las mismas que son gestionadas hasta llegar a una solución o un consenso. El usuario al presentar su queja se abre un proceso de queja que se dirige al jefe inmediato de la persona o empleado quejado, este dirige el documento al empleado para que responda de inmediato explicando que sucedió, posteriormente se dirige a la oficina de calidad que en consenso con el quejado se brinda una solución. En su mayoría las quejas tienen

fundamento, pero persisten quejas por el procedimiento que se lleva a cabo, afectando a la persona que atiende en ese momento en ventanilla, muchas de estas quejas no fundamentadas han sido puestas a la luz, esto gracias a las cámaras de vigilancia que están instaladas en el ambiente de admisión.

Cuadro 15: Información sobre su caso

¿El usuario externo recibe información acerca de los procedimientos referidos a su caso?	
a) Siempre	19
b) Casi siempre	10
c) A veces	1
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 14. Información sobre su caso



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

En la oficina de admisión se le hace un breve análisis a cada paciente que acude para solicitar una cita, los pacientes asegurados por el SIS acuden con una referencia que se le otorgan en su centro de salud especificando la especialidad o examen que debe realizarse al paciente; sin embargo, es necesario preguntarle ya que no siempre la especialidad por la que le refieren es la adecuada para cada caso, el personal de ventanilla le sugiere que sea atendido por el especialista adecuado para su diagnóstico real, pero en muchos casos el paciente no accede a la sugerencia, pasa a la

especialidad por la que fue referido, y el especialista deriva a un nuevo especialista que debe ver el caso, generando un retraso al paciente.

Cuadro 16: Información comprendida

¿El usuario externo comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos referidos a su caso?	
a) Siempre	6
b) Casi siempre	18
c) A veces	6
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 15: Información comprendida



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

En la oficina de admisión se le brinda una breve explicación al usuario acerca del procedimiento a seguir según su caso, sin embargo existe usuarios que no comprenden dicha información, para ello el hospital cuenta con una oficina de informes encargada de orientar al usuario, cabe mencionar que la ubicación de esta oficina se encuentra a la entrada del hospital y la oficina de admisión al frente de la misma; una buena estrategia podría ser colocar ambas oficinas cerca para minimizar el porcentaje de usuarios que no comprenden la información brindada.

Cuadro 17: Información aceptada

¿El usuario externo acepta la información que se le brinda acerca de los procedimientos referidos a su caso?	
a) Siempre	14
b) Casi siempre	8
c) A veces	8
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 16: Información aceptada



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

El usuario no siempre acepta la información que se le brinda, podemos poner como ejemplo que una de las políticas de admisión es que los pacientes asegurados por el SIS dejen su DNI para que al retornan de su atención se vean obligados a devolver los formatos ya que son requisito para que se le pague al hospital por la atención que se les brinda a los pacientes asegurados por el SIS, sin embargo, el usuario no acepta dicha política, y en muchas ocasiones presenta un DNI falso, una queja o mal trato al personal de ventanilla.

Cuadro 18: Evaluación de gastos administrativos

¿La organización de salud evalúa y controla los gastos administrativos?	
a) Siempre	21
b) Casi siempre	9
c) A veces	0
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 17: Evaluación de gastos administrativos



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

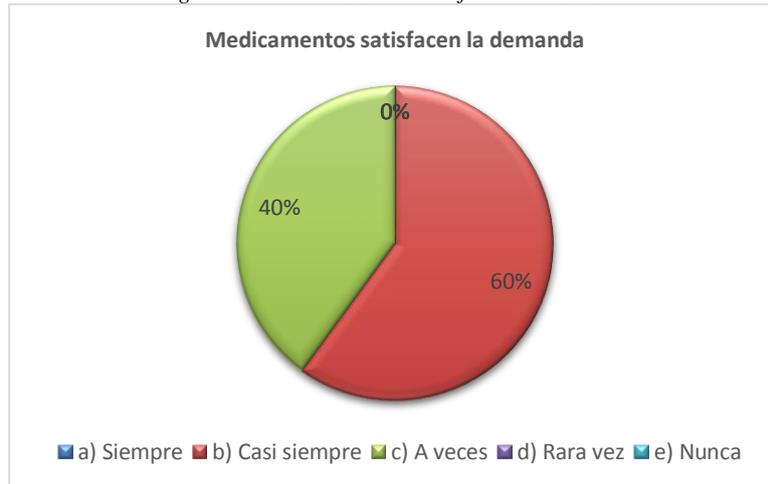
El hospital controla los gastos administrativos, sin embargo, existe un porcentaje que afirma que casi siempre se los controla, una estrategia sería contar con un adecuado plan de comunicaciones que permita que todo el personal tenga conocimiento de ello y se prevalezcan las necesidades de servicios claves del hospital, como es de admisión.

Cuadro 19: Medicamentos satisfacen la demanda

¿La organización cuenta con los medicamentos necesarios para satisfacer la demanda de los usuarios?	
a) Siempre	0
b) Casi siempre	18
c) A veces	12
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 18: Medicamentos satisfacen la demanda



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

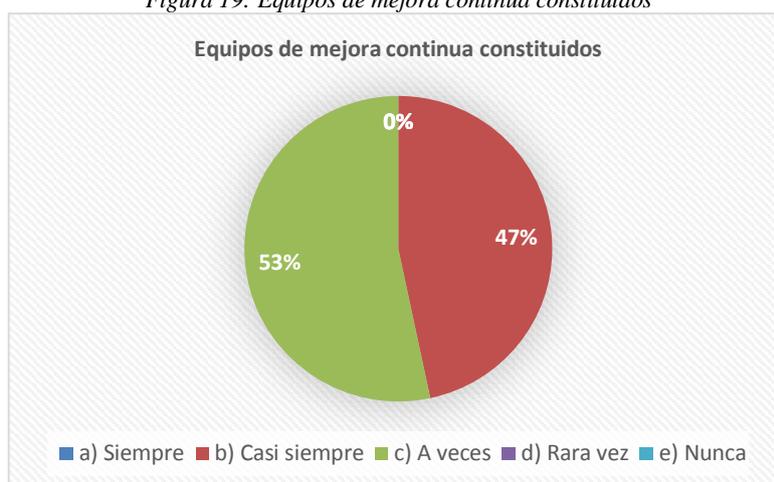
Para los pacientes asegurados por el SIS, existe un petitorio de medicamentos que lista a aquellos medicamentos que cubre el seguro, sin embargo, existen medicamentos que no cubre el SIS y tiene que adquirirlo el paciente de forma particular o fuera del hospital, además de ello hay algunos medicamentos que, si cubre el SIS pero que no tienen en stock, para ello el personal de farmacia le sugiere que regrese en otra ocasión.

Cuadro 20: Equipos de mejora continua constituidos

¿La organización constituye y formaliza equipos de mejora continua de la calidad (MCC) en consulta externa?	
a) Siempre	0
b) Casi siempre	14
c) A veces	16
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 19: Equipos de mejora continua constituidos



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

En consulta externa existen 2 grupos que continuamente van mejorando sus procesos y procedimientos, uno es admisión y otro es devolución de documentos, en admisión se otorgan citas y en devolución de documentos se sellan y firman documentos del SIS, cada equipo cuenta con sus políticas a cumplir que van innovando y mejorando, cabe mencionar como ejemplo que al presente se atiende en algunas especialidades en el turno tarde y cuentan con sellos diferentes para su detección o atención temprana, además cuentan con un listado de pacientes denominados críticos a los cuales se les atienden con una única referencia que presentan una vez a los 6 meses.

Cuadro 21: Objetivos de calidad en el PEI

¿La organización incorpora en el Plan Estratégico Institucional (PEI) un objetivo y actividades de calidad correspondientes?	
a) Siempre	12
b) Casi siempre	13
c) A veces	5
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 20: Objetivos de calidad en el PEI



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

El 40% de encuestados afirma que la organización siempre incorpora en el Plan Estratégico Institucional (PEI) un objetivo y actividades de calidad correspondientes, El 43% de encuestados afirma que la organización casi siempre incorpora en el Plan Estratégico Institucional (PEI) un objetivo y actividades de calidad correspondientes, el 17% de encuestados afirma que la organización a veces incorpora en el Plan Estratégico Institucional (PEI) un objetivo y actividades de calidad correspondientes. El hospital al contar con una oficina de calidad, cada año presenta un plan de calidad que va mejorando y actualizándose.

Cuadro 22: Objetivos de calidad en el POI

¿La organización incorpora en el Plan Operativo Institucional (POI), un objetivo y actividades de calidad correspondientes?	
a) Siempre	13
b) Casi siempre	12
c) A veces	5
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 21: Objetivos de calidad en el POI



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

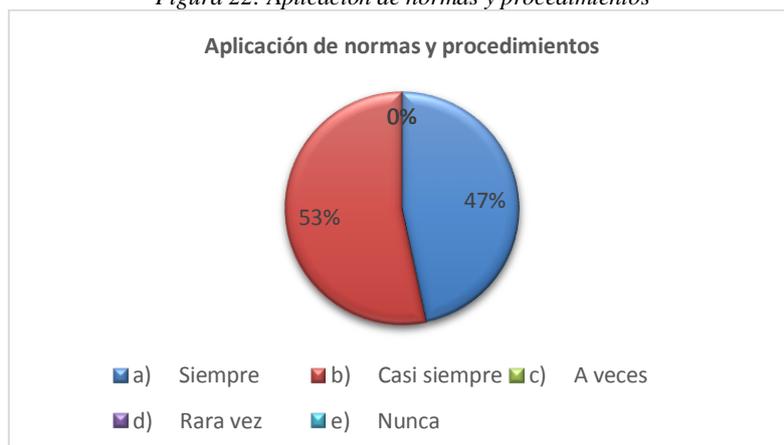
El 43% de encuestados afirma que la organización siempre incorpora en el Plan Operativo Institucional (POI), un objetivo y actividades de calidad correspondientes, el 40% de encuestados afirma que la organización casi siempre incorpora en el Plan Operativo Institucional (POI), un objetivo y actividades de calidad correspondientes, El 17% de encuestados afirma que la organización a veces incorpora en el Plan Operativo Institucional (POI), un objetivo y actividades de calidad correspondientes. El plan operativo de hospital cuenta con al menos un objetivo de calidad que va mejorando y actualizándose cada año.

Cuadro 23: Aplicación de normas y procedimientos

¿El hospital aplica normas y procedimientos para la atención en consulta externa?	
a) Siempre	14
b) Casi siempre	16
c) A veces	0
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 22: Aplicación de normas y procedimientos



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

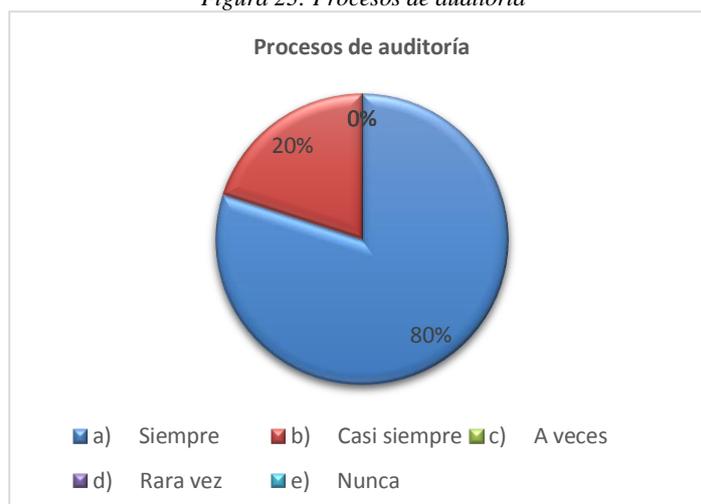
Consulta externa es uno de los servicios que aplica normas y procedimientos de calidad ya que continuamente son auditados por La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) que es la institución encargada de proteger los derechos en salud de cada peruano, para lo cual orienta sus acciones a empoderar y colocar al ciudadano en el centro del sistema de salud nacional, sin importar donde se atienda o su condición de aseguramiento.

Cuadro 24: Procesos de auditoría

¿Se implementan procesos de auditorías de salud en consulta externa?	
a) Siempre	24
b) Casi siempre	6
c) A veces	0
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 23: Procesos de auditoría



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

En el hospital se realizan auditorías todos los meses, especialmente a las historias clínicas y por ende tienen que cumplir y mejorar cada día, si SUSALUD encuentra alguna inconformidad con el proceso que auditan, los exámenes que debería cubrir el SIS no es reconocido al Hospital Regional Docente Cajamarca, de este modo para evitar pérdidas, el personal tanto administrativo como técnico debe actuar conforme al normal proceso.

Cuadro 25: Supervisión de medicamentos en el PNME

¿La organización supervisa la prescripción de medicamentos en el PNME (Petitorio Nacional de Medicamentos)?	
a) Siempre	26
b) Casi siempre	4
c) A veces	0
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 24: Supervisión de medicamentos en el PNME



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

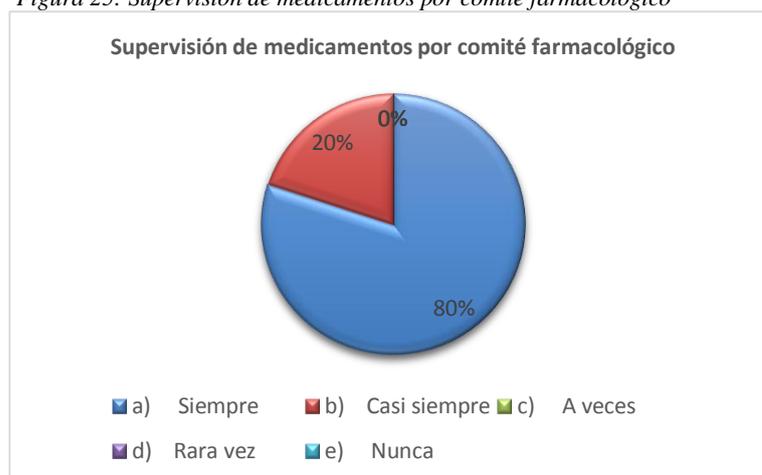
El hospital supervisa la prescripción de medicamentos de los pacientes asegurados por el SIS, después de la atención del paciente por el médico, este acude a ventanilla del SIS para que se le selle recetas y análisis que cubre el SIS, el empleado revisa en el petitorio la lista de medicamento que cubre y son financiados por el SIS, si se encuentran en esa lista son financiados caso contrario son cubiertos por el usuario, a pesar de su condición de asegurado.

Cuadro 26: Supervisión de medicamentos por comité farmacológico

¿La organización supervisa el uso racional de medicamentos a través de las acciones de vigilancia y control del Comité Farmacológico?	
a) Siempre	24
b) Casi siempre	6
c) A veces	0
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 25: Supervisión de medicamentos por comité farmacológico



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

En la ventanilla del SIS en donde se sella los medicamentos y análisis se realiza un breve análisis de aquellos que son cubiertos por el SIS, sin embargo, hay ocasiones que por el breve tiempo el empleado sella recetas que no son cubiertas, el encargado de brindar los medicamentos (farmacia) realiza otra verificación, encontrándose con diversos casos como por ejemplo sellar medicamentos que no cubre el SIS o que la cantidad prescrita es demasiado elevada, este tipo de sucesos genera pérdidas para el hospital.

Cuadro 27: Recursos para prestación ininterrumpida

¿La institución cuenta con recursos para garantizar la prestación ininterrumpida de la atención en consulta externa?	
a) Siempre	2
b) Casi siempre	28
c) A veces	0
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 26: Recursos para prestación ininterrumpida



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Existe un gran porcentaje de encuestados que afirma que casi siempre se cuenta con recursos, en el área de admisión por lo menos 2 ventanillas comparten impresora, existe una ventanilla que no tiene lector de DNI, el espacio de las 2 ventanillas del SIS es demasiado reducido, no se cuenta con micrófonos que ayuden a interpretar la información brindada por el personal y mucho menos lograr una comunicación fluida; a esto lo incorporamos los eventos (ferias, ceremonias, charlas, campañas, etc.) que se realiza en el patio del hospital, esto desencadena un valoración negativa. Se realizó una visita previa de los encargados de salud ocupacional, sugiriendo que debería ser más amplio, actualmente gracias al apoyo del director se ha proyectado ampliar esta área para el 2017.

Cuadro 28: Articulación con centros de salud

¿El hospital se articula y organiza funcionalmente con los establecimientos de los diferentes centros de salud de la región?	
a) Siempre	29
b) Casi siempre	1
c) A veces	0
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 27: Articulación con centros de salud



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Los pacientes asegurados por el SIS de toda la región Cajamarca acuden al HRDC mediante una referencia de su centro de salud para que sean atendidos en determinada especialidad, si los pacientes son de provincia el puesto de salud realiza una llamada telefónica para separar la cita del paciente, al momento que se acercan a ventanilla se revisa en el sistema si su seguro se encuentra activo, si es el caso se le atiende caso contrario se le envía a la oficina del asegurado para verificar si su caso, activando en muchos casos el seguro, procediendo a la atención.

Cuadro 29: Atención oportuna

¿El usuario recibe la atención necesaria en el momento que lo requiere según su caso?	
a) Siempre	28
b) Casi siempre	2
c) A veces	0
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 28: Atención oportuna



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Existe un porcentaje menor que afirma que casi siempre recibe atención necesaria, eso debido a que un paciente no siempre puede acceder a una cita por la gran cantidad de pacientes que acuden al hospital y normalmente se brinda cita durante el día a 20 pacientes por especialidad, actualmente el hospital brinda servicio de alguna especialidad en el turno tarde, sin embargo, es un periodo de prueba que no se sabe si continuará o no.

Cuadro 30: Usuarios externos en Gestión de calidad

¿La organización incorpora a los usuarios externos en la gestión de la calidad?	
a) Siempre	0
b) Casi siempre	25
c) A veces	1
d) Rara vez	2
e) Nunca	2
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 29: Usuarios externos en Gestión de calidad



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

El hospital continuamente incorpora usuarios externos que aporten a la gestión de la calidad como es entidades encuestadoras como INEI, grupos de auditoría, entre otros, estos reportes son valiosos para la institución ya que aportan una visión diferente a los que laboran en la misma y ayudan en la toma de decisiones de los entes encargados de hacerlo.

Cuadro 31: Cumplimiento de acuerdos por equipo de calidad

¿Los equipos de calidad cumplen con los acuerdos tomados?	
a) Siempre	30
b) Casi siempre	0
c) A veces	0
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 30: Cumplimiento de acuerdos por equipo de calidad



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

El área de calidad del hospital vela por el cumplimiento de los acuerdos tomados en coordinación con las jefaturas, mediante documentación firmada y compromiso, si se diera el caso de no cumplimiento esta misma área cuenta con políticas para proceder, en su primera instancia comunicando el incumplimiento y si esto persiste delegándolo a entes superiores.

Cuadro 32: Proyectos de mejora de la calidad

¿El equipo de admisión implementa proyectos de mejora de la calidad?	
a) Siempre	0
b) Casi siempre	25
c) A veces	4
d) Rara vez	0
e) Nunca	1
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 31: Proyectos de mejora de la calidad



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Admisión ha implementado proyectos de mejora como: el sistema de colas, anteriormente se le brindaba una tarjeta numerada; adquisición de lectores de DNI; atención en turno tarde de alguna especialidad; elementos distintivos para el sellado de recetas y análisis; el sistema de la receta electrónica; sin embargo, existe una debilidad en cuanto a capacitación del personal y trato humano.

Cuadro 33: Privacidad en atención

¿Los usuarios de consulta externa perciben privacidad en la atención recibida?	
a) Siempre	26
b) Casi siempre	4
c) A veces	0
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 32: Privacidad en atención



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

La atención que se brinda al usuario es personalizada, a cada usuario se le realiza un previo diagnóstico de su caso para otorgarle la cita y brindarle información de acuerdo a su caso. Como ejemplo el hospital cuenta con un servicio que brinda atención a personas con enfermedades venéreas y se le otorga total discreción del caso para evitar discriminación, persistiendo siempre la seguridad de la información.

Cuadro 34: Atención a usuarios de menores recursos

¿La institución establece mecanismos para garantizar el acceso a los servicios de los usuarios de menores recursos?	
a) Siempre	30
b) Casi siempre	0
c) A veces	0
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 33: Atención a usuarios de menores recursos



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

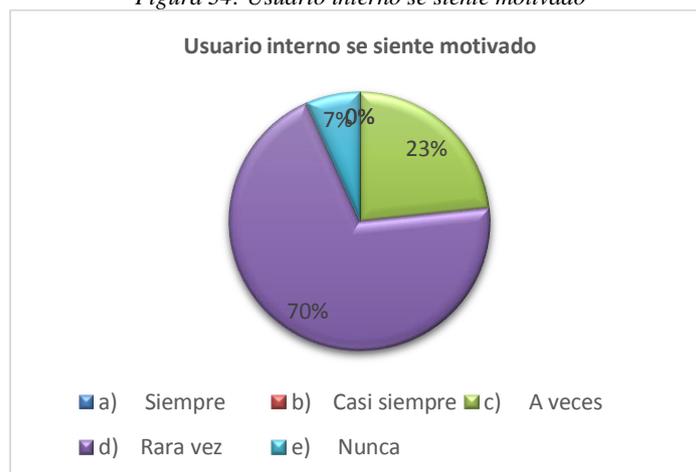
El 100% de encuestados afirma que la institución siempre establece mecanismos para garantizar el acceso a los servicios de los usuarios de menores recursos. El hospital cubre en su mayoría la cita, medicamentos y análisis de los pacientes, pero para aquellos pacientes no asegurados por el SIS, El hospital exonera de pago a los usuarios con menores recursos con un previo análisis de la asistenta social y su autorización mediante un sello.

Cuadro 35: Usuario interno se siente motivado

¿El usuario interno se siente motivado con su organización?	
a) Siempre	0
b) Casi siempre	0
c) A veces	7
d) Rara vez	21
e) Nunca	2
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 34: Usuario interno se siente motivado



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

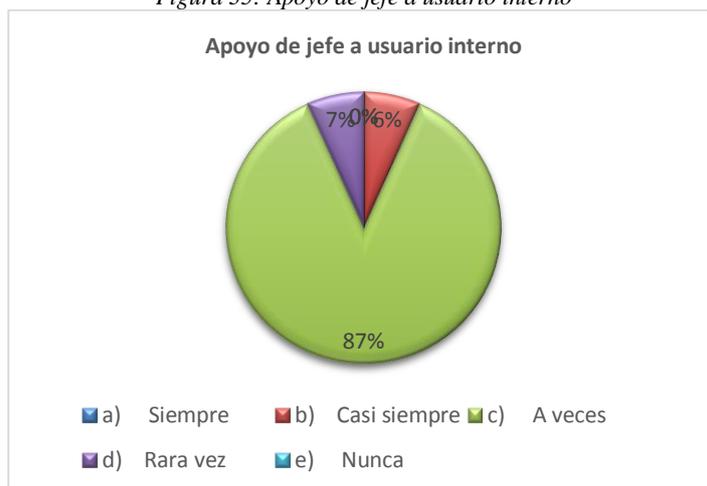
Hay un alto porcentaje que el usuario interno no se siente motivado con su organización, especialmente el que brinda su servicio por CAS (Contrato administrativo de servicios) o por terceros. Se debe implantar estrategias para que el usuario interno se motive con su organización como por ejemplo carta de felicitación, reuniones mensuales de avance, subvención económica entre otros, de esta manera se verá reflejado en la satisfacción del usuario externo.

Cuadro 36: Apoyo de jefe a usuario interno

¿El usuario interno siente el apoyo de su jefe inmediato?	
a) Siempre	0
b) Casi siempre	2
c) A veces	26
d) Rara vez	2
e) Nunca	0
Total	30

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 35: Apoyo de jefe a usuario interno



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Sugiero que por lo menos una vez al mes el jefe inmediato se reúna con su equipo de trabajo para detectar dificultades, necesidades, sugerencias, mejoras y rescatar su sentir de cada uno de ellos; es merecedor que la gente que trabaja en el día a día opine sobre los procesos que se desarrollan, ya que son ellos los recursos fundamentales para la mejora o el estancamiento.

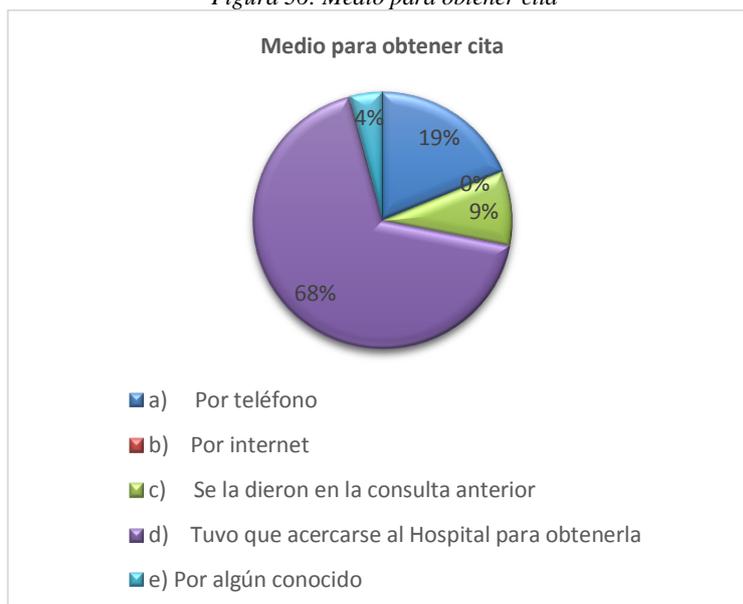
Los resultados hallados para la segunda encuesta, referente a la variable Satisfacción del paciente son los siguientes:

Cuadro 37: Medio para obtener cita

¿Por qué medio obtuvo la cita para esta consulta médica?	
a) Por teléfono	18
b) Por internet	0
c) Se la dieron en la consulta anterior	9
d) Tuvo que acercarse al Hospital para obtenerla	65
e) Por algún conocido	4
Total	96

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 36: Medio para obtener cita



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

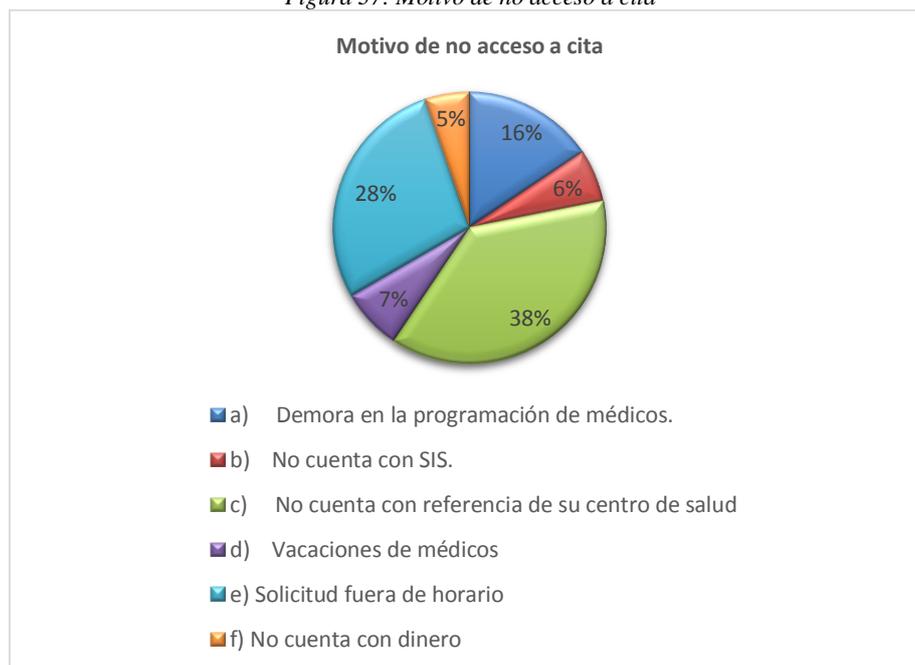
Cabe mencionar que los únicos pacientes que obtiene su cita médica por teléfono son los asegurados por el SIS y proceden de lugares alejados (provincias), caso contrario la gran mayoría de pacientes se acerca al hospital, una mala praxis es que algunos pacientes obtienen su cita por algún conocido que trabaja en el hospital, dejando en espera a muchos que si proceden de forma normal.

Cuadro 38: Motivo de no acceso a cita

¿Cuál es el motivo por el que no puede acceder a una cita médica?	
a) Demora en la programación de médicos.	15
b) No cuenta con SIS.	6
c) No cuenta con referencia de su centro de salud	36
d) Vacaciones de médicos	7
e) Solicitud fuera de horario	27
f) No cuenta con dinero	5
Total	96

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 37: Motivo de no acceso a cita



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Un gran porcentaje de encuestados no obtiene su cita por falta de referencia de su centro de salud, sin embargo, cuando un paciente del SIS es referido al hospital se le atiende en la especialidad a la que fue referido y a las diferentes interconsultas que le brinda el médico tratante, esto es una buena praxis, anteriormente cada especialidad requería una nueva referencia. Un 16% de encuestados afirma que no obtiene su cita por la demora en la programación de médicos, este acontecimiento es notorio a inicio del mes, en donde el paciente tiene que esperar a que programen a algunas especialidades para sacar su cita.

Cuadro 39: Tiempo en ventanilla

¿Cuántos minutos se demoró el personal en atenderle en ventanilla?	
a) Menos de 5 minutos	74
b) Entre 5- 10 minutos	22
c) Entre 11-15 minutos	0
d) Más de 15 minutos	0
Total	96

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 38: Tiempo en ventanilla



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

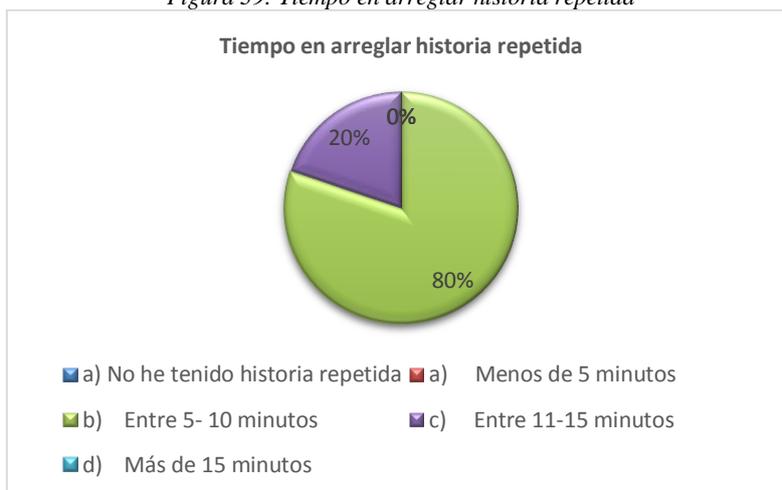
Hay un gran porcentaje que afirma que se le atiende entre 5 a 10 minutos, esto debido a que en ventanilla se realiza un previo diagnóstico al paciente, brindándole una atención personalizada, sin embargo, la demora en ventanilla también se debe a que hay errores en la digitación de los datos personales del paciente, historia clínica repetidas, poca praxis del personal de ventanilla, equipos inoperativos, internet lento.

Cuadro 40: Tiempo en arreglar historia repetida

¿Cuánto tiempo se demoró el personal en arreglar su historia repetida?	
a) No he tenido historia repetida	0
a) Menos de 5 minutos	0
b) Entre 5- 10 minutos	77
c) Entre 11-15 minutos	19
d) Más de 15 minutos	0
Total	96

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 39: Tiempo en arreglar historia repetida



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Cabe mencionar que existen paciente que cuentan con más de 3 historias clínicas y se tiene que unir los documentos en una sola, para que su diagnóstico sea el correcto, este proceso tarda un aproximado de 10 minutos. Las historias repetidas se deben a que en una primera vez se digitó mal los datos personales, la información de pacientes no se migró correctamente o simplemente errores humanos.

Cuadro 41: Tiempo de espera para solicitar cita

¿Cuántos días esperó para solicitar una cita?	
a) Ninguno, fue en el momento	30
b) Menos de 7 días	38
c) Entre 7-15 días	26
d) Entre 16-30 días	2
e) Más de 30 días	0
Total	96

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 40: Tiempo de espera para solicitar cita



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Existe especialidades en donde el médico tratante sólo trabaja los 15 primeros días, y si no obtuvo su cita dentro del plazo y aún más si no existe programación de médicos, tendrá que esperar al siguiente mes; ante este caso sugiero que exista por lo menos 2 médicos de la misma especialidad, con previa coordinación de horarios.

Cuadro 42: Tiempo de espera para cita

¿Después de cuántos días que Ud. Solicitó la cita le atendieron su cita médica?	
a) El mismo día que lo solicité	35
b) Menos de 7 días	30
c) Entre 7-15 días	22
d) Entre 16-30 días	8
e) Más de 30 días	1
Total	96

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 41: Tiempo de espera para cita



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

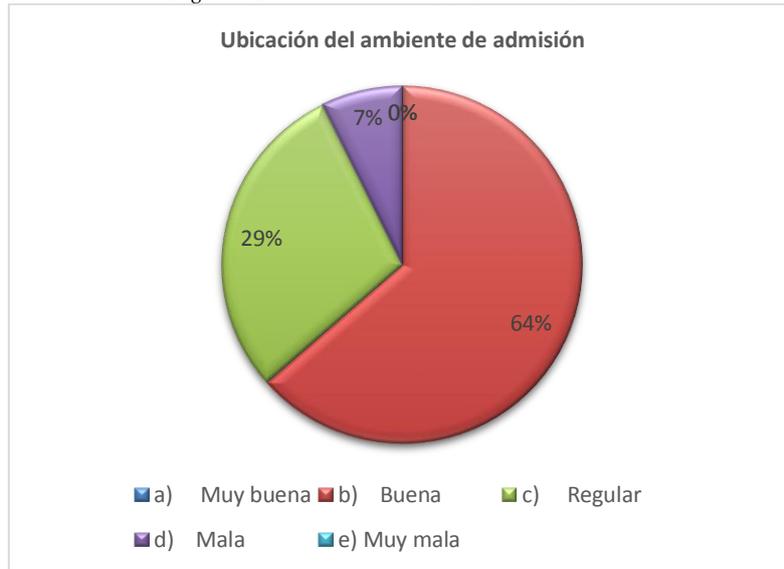
Existe un gran porcentaje de usuarios que se le atiende el mismo día que solicita su cita, especialmente si lo hace los primeros días del mes ya que es la fecha en donde se realiza la programación; sin embargo, hay un 31% que tarda una semana para que se le atienda en su cita, esto se debe a la gran concurrencia de pacientes al hospital.

Cuadro 43: Ubicación del ambiente de admisión

¿Cómo considera la ubicación/ localización del ambiente de admisión de consulta externa?	
a) Muy buena	0
b) Buena	61
c) Regular	28
d) Mala	7
e) Muy mala	0
Total	96

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 42: Ubicación del ambiente de admisión



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

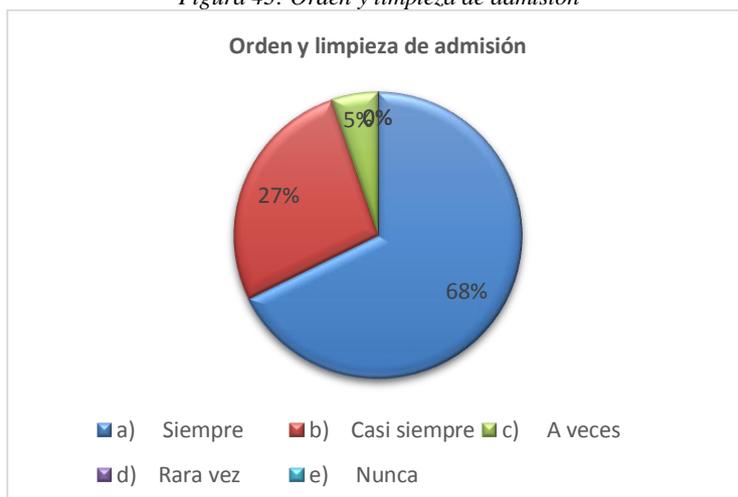
La ubicación de admisión de consulta externa se encuentra ubicada al frente de la entrada del hospital, cruzando un patio central; su ubicación es rápida, sin embargo, es en este patio en donde se realizan eventos, campañas, actuaciones, etc., generando malestar tanto a pacientes como a usuarios internos, ya que el ruido generado no permite una comunicación fluida.

Cuadro 44: Orden y limpieza de admisión

¿Existe orden y limpieza en el ambiente de admisión para solicitar una cita?	
a) Siempre	65
b) Casi siempre	26
c) A veces	5
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	96

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 43: Orden y limpieza de admisión



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

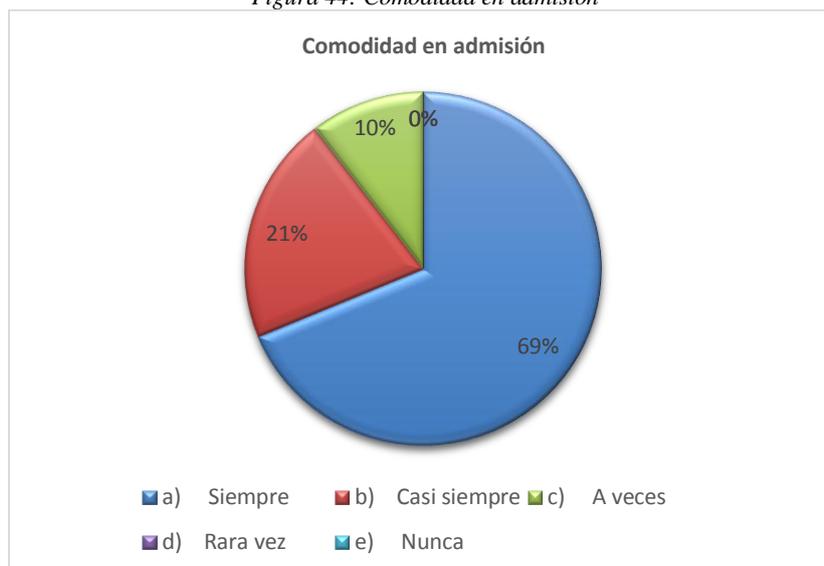
El hospital cuenta con un equipo de limpieza que asea constantemente cada ambiente del mismo, tiene un sistema de colas para entregar ticket a los usuarios, cuenta con 2 personas de apoyo para brindar orden en la cola de admisión.

Cuadro 45: Comodidad en admisión

9) ¿Existe comodidad en el ambiente de admisión de consulta externa?	
a) Siempre	66
b) Casi siempre	20
c) A veces	10
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	96

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 44: Comodidad en admisión



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

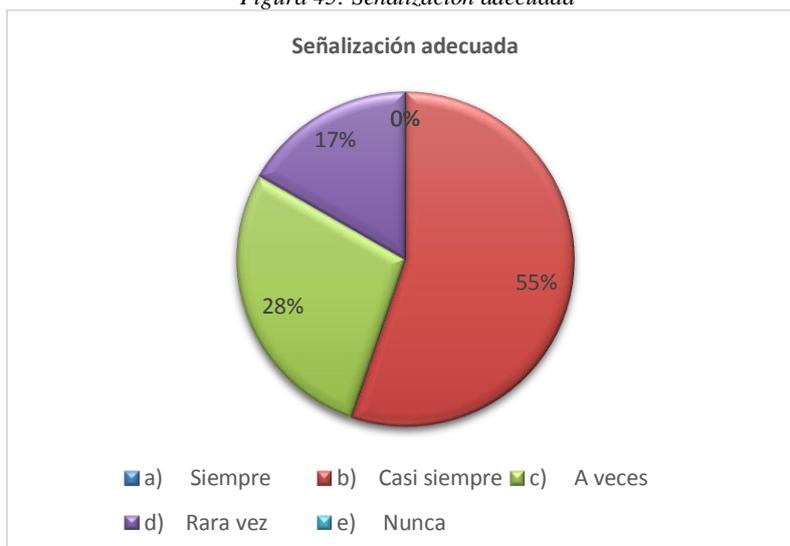
Antiguamente los usuarios madrugaban para acceder a una cita, ya que no se otorgaba citas para otros días, esperaban fuera del hospital; en la actualidad el paciente accede a su cita para cualquier día disponible y el ambiente de admisión ha sido amoblado con sillas confortables y un sistema de cola.

Cuadro 46: Señalización adecuada

¿La señalización de los ambientes de consulta externa, le permiten ubicarlos de inmediato?	
a) Siempre	0
b) Casi siempre	53
c) A veces	27
d) Rara vez	16
e) Nunca	0
Total	96

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 45: Señalización adecuada



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

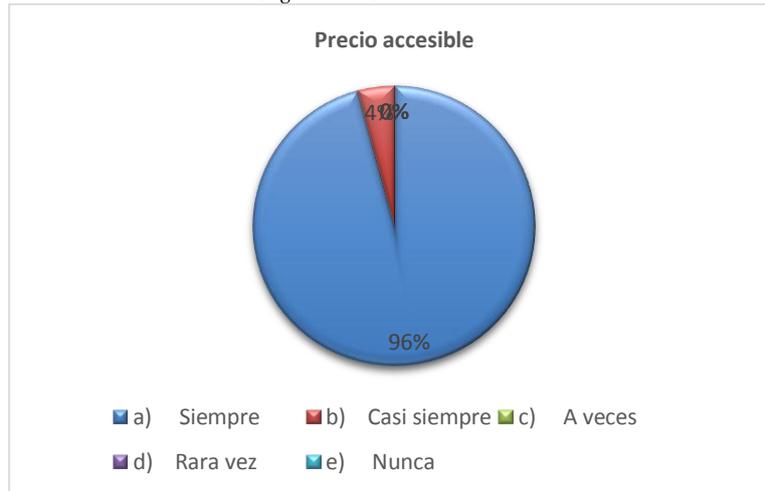
A pesar que el hospital cuenta con señalización y un croquis, los usuarios no ubican de inmediato los ambientes, por ejemplo, el ambiente de inmunizaciones y patología se ingresa por la puerta C del hospital y no todos los pacientes tienen la facilidad de ubicarlos. Sugiero que el equipo de informes este constantemente en la entrada del hospital, en el área de admisión, y en el patio central con un uniforme distintivo para que ayuden a los pacientes la rápida ubicación de los ambientes.

Cuadro 47: Precio accesible

¿Ud. considera que el precio de la atención es accesible?	
a) Siempre	92
b) Casi siempre	4
c) A veces	0
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	96

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 46: Precio accesible



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

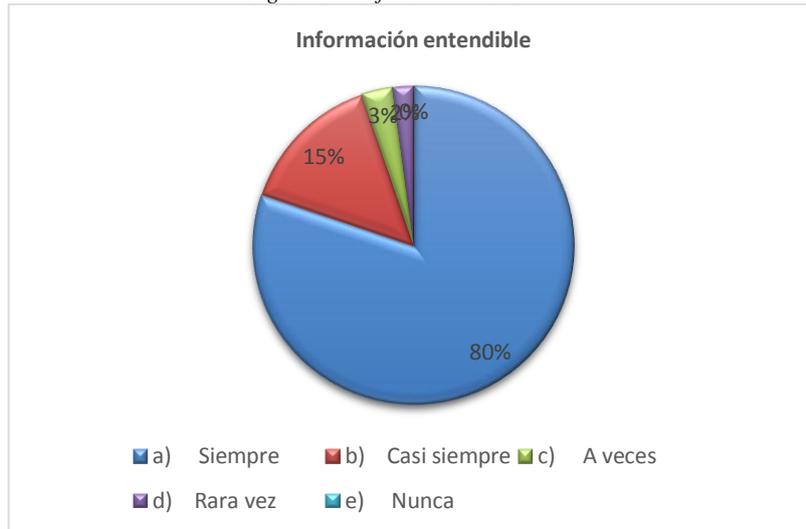
El hospital cuenta con dos tipos de pacientes: particulares y asegurados por el SIS, a los asegurados cubre medicamentos y análisis, inclusive se lo refiere a otros hospitales para determinado procedimiento, a excepción de algunos que no cuenta el hospital; a los pacientes particulares se les realiza un breve análisis de su situación económica y se exonera de algunos pagos previo análisis de la asistenta social.

Cuadro 48: Información entendible

¿Considera Ud. Que la información recibida en la atención es entendible y completa?	
a) Siempre	77
b) Casi siempre	14
c) A veces	3
d) Rara vez	2
e) Nunca	0
Total	96

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 47: Información entendible



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

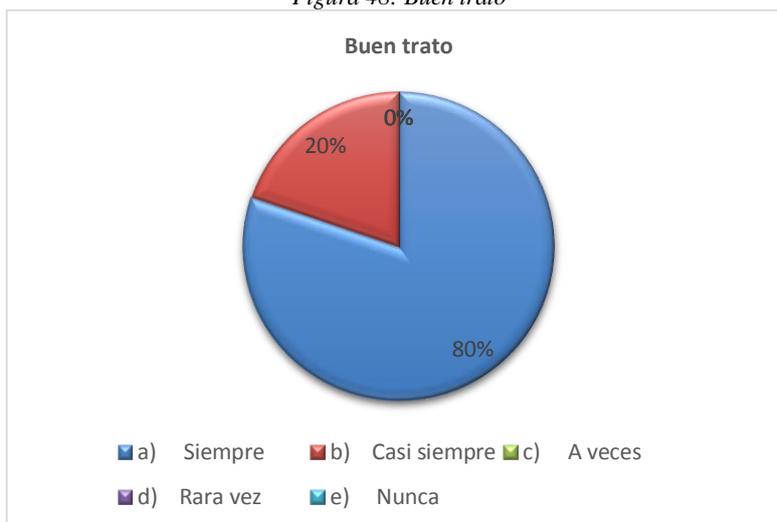
En admisión se les informa del procedimiento que deben seguir los usuarios, sin embargo, hay pacientes que no comprenden dicha información, para ello existe un área de informes que los orienta con detenimiento. Sugiero que deben ubicarse en sitios en donde hay afluencia de pacientes y no sólo esperar a que les pregunten sobre algo, sino ellos mismos ser proactivos y preguntarles a los pacientes si necesitan alguna información.

Cuadro 49: Buen trato

¿Considera Ud. Que el personal le brinda buen trato?	
a) Siempre	77
b) Casi siempre	19
c) A veces	0
d) Rara vez	0
e) Nunca	0
Total	96

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 48: Buen trato



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

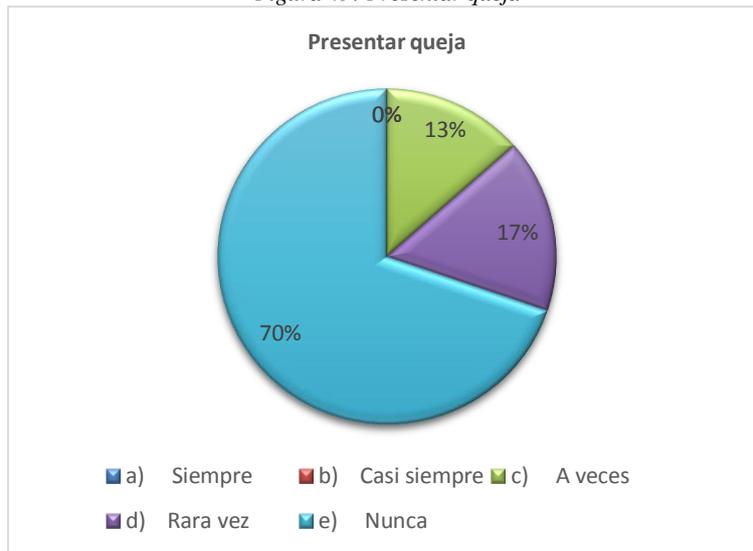
La noción de buen trato está vinculada al tipo de trato que se considera ético o correcto desde el punto de vista moral. Si existe un buen trato (aprobado y aplaudido), hay otro trato que puede ser condenado: el maltrato. Un 80% afirma que recibe un buen trato, pero hay un 20% que opina que casi siempre recibe buen trato, preocupándonos en gran medida, ya que ese “casi siempre” nos revela que se presentan situaciones de maltrato. En concreto, nos estamos refiriendo a la atención que se ofrece al paciente y a pesar de ser una institución pública, de tal valoración dada por el paciente, se conseguirá que aquel adquiera los servicios e incluso posteriormente vuelva a confiar en la misma institución.

Cuadro 50: Presentar queja

¿Ha presentado algún reclamo/queja de su atención?	
a) Siempre	0
b) Casi siempre	0
c) A veces	13
d) Rara vez	16
e) Nunca	67
Total	96

Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Figura 49: Presentar queja



Fuente: Encuesta
Elaboración: Propia

Hay un 70% de pacientes que nunca han presentado una queja, sin embargo, hay un notable 13% que, si lo ha hecho y las situaciones que más están molestando últimamente a los pacientes y que parecen, según las quejas, estar haciendo carrera en esta institución son la atención "deshumanizada", el maltrato, la extralimitación y el abuso que cometen empleados y, en algunos casos, hasta el personal médico contra los enfermos. Actualmente se gestiona las quejas, ya que no siempre el usuario tiene la razón, el personal también recibe maltrato de parte de los usuarios y se tiene que concluir en enseñanzas que ayude a una mejora continua.

Discusión

El análisis realizado de forma independiente para ambas variables con tamaños muestrales y características similares, ha permitido observar la coherencia de los resultados obtenidos con independencia de roles (jefes para variable SGC y pacientes para variable satisfacción del paciente), lo cual es un indicador indirecto de la solidez de las variables a estudio. No se observaron diferencias en el grado de satisfacción declarado cuando se entrevistó al paciente o al acompañante. En otros trabajos que investigaron predictores de satisfacción en la hospitalización mediante un cuestionario autoadministrado (Quintana JM, González N, Bilbao A, et al., 2006), el grado de

satisfacción fue más bajo cuando las encuestas las respondía una persona distinta al paciente. No obstante, sería apropiado llevar a cabo investigaciones que para una misma consulta entrevistaran a ambos (acompañante y paciente).

La estratificación de la muestra permitió conocer que los asegurados por el SIS son en su mayoría personas de bajos recursos económicos con un nivel bajo de formación profesional. El hallazgo de que a mayor nivel de estudios corresponde una menor satisfacción confirma lo ya identificado en otros trabajos (Rahmqvist M, Bara AC, 2010) respecto a la conveniencia de homogeneizar esta variable antes de realizar comparaciones.

Al estudiar el comportamiento de la variable SGC (Continuidad, oportunidad, eficiencia, eficacia, trato) con la satisfacción (Accesibilidad, información, tiempos de espera, estado de las instalaciones) encontramos, como en otros estudios (Quintana JM, González N, Bilbao A, et al., 2006), diferentes tipos de asociación. En cuanto al trato, al realizar un análisis se observa su influencia sobre la satisfacción del paciente, y estas consideraciones se extienden a todas las categorías del personal sanitario, de modo similar a lo hallado en otros estudios (Rahmqvist M, Bara AC, 2010). Tras la aplicación de una distribución normal con un nivel de significancia de 0.05 se observa la relación entre variable considerando que el SGC incide con un nivel medio en la satisfacción del paciente.

5.2. Contrastación de hipótesis

Para contrastar la hipótesis presentada en el presente estudio utilizaremos 3 técnicas de control: (Molina, 1998)

La primera es la de mantener constantes los valores de dicha variable, en este caso se lo ha conseguimos al trabajar con pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Regional Docente Cajamarca.

La segunda técnica es la constancia de las condiciones. Por eso aplicamos el tratamiento en el mismo lugar Hospital Regional Docente Cajamarca, con las mismas instrucciones.

La tercera técnica es la selección de la muestra, para analizar la variable Sistema de gestión de la calidad, aplicamos una muestra por conveniencia de 30 encuestados, conformados por representantes de diferentes oficinas que están ligados a Admisión de consulta externa del HRDC.

Para analizar la variable satisfacción del paciente aplicamos una fórmula estadística a los pacientes atendidos, 2015 en el HRDC, obteniendo una muestra de 96 pacientes. En este caso se puede decir que los grupos son estadísticamente iguales.

Para poder validar las variables se va a seguir el siguiente proceso:

Me encuentro en el Hospital Regional Docente Cajamarca y realizo un diseño no experimental de corte transversal de dos grupos independiente al cual se realiza la encuesta para analizar la satisfacción del paciente.

La variable dependiente (Satisfacción del paciente), se evalúa por el investigador en una escala de 0 a 70 puntos para probar la hipótesis, cada pregunta tiene una valoración y óptimamente la encuesta obtendría un puntaje máximo de 70 puntos.

Cuadro 51: Valoración del grado de satisfacción del paciente

Grado de satisfacción del paciente	Valoración
Alto	61-70
Medio	51-60
Regular	36-50
Bajo	0-35

Elaboración: Propia

La variable independiente (Sistema de Gestión de la Calidad), se evalúa por el investigador en una escala de -1 a 75 puntos para probar la hipótesis, cada pregunta tiene una valoración y óptimamente la encuesta obtendría un puntaje máximo de 75 puntos.

Cuadro 52: Valoración de la incidencia del SGC

Incidencia del SGC	Valoración
Alto	61-75
Medio	51-60
Regular	38-50
Bajo	-1-37

Elaboración: Propia

Se evalúa el Sistema de Gestión de la Calidad en admisión de consulta externa del Hospital Regional Docente Cajamarca para ver la incidencia en la satisfacción del paciente, para llevar a cabo la experiencia se trabaja con dos grupos:

El primer grupo corresponde a 30 encuestados para analizar la variable Sistema de Gestión de la Calidad y es aplicado a jefes/encargados de oficinas que están ligados al proceso de admisión de consulta externa. El segundo grupo corresponde a 96 encuestados para analizar la variable satisfacción del paciente aplicado a pacientes atendidos, 2015. La calificación obtenida se muestra en el apéndice 3.

Cuadro 53: Datos estadísticos de encuestas

SGC	Satisfacción del paciente
$n_x = 30$	$n_y = 96$
$\bar{x} = 56.50$	$\bar{y} = 55.92$
$\sigma_x^2 = 11.16$	$\sigma_y^2 = 5.70$

Fuente: Encuestas
Elaboración: Propia

$$\hat{s}_x^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}{n - 1} = 11.16$$

$$\hat{s}_y^2 = \frac{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}{n - 1} = 5.70$$

- 1) Formulación de hipótesis estadística

$$H_0: u_x = u_y; u_x - u_y = 0$$

$$H_1: u_x > u_y; u_x - u_y > 0$$

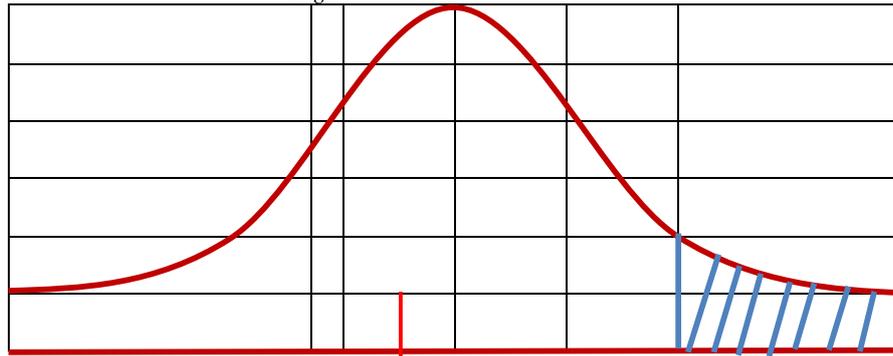
- 2) Estadístico de prueba

$$Z_c = \frac{(\bar{x} - \bar{y}) - (u_x - u_y)}{\sqrt{\frac{\sigma_x^2}{n_x} + \frac{\sigma_y^2}{n_y}}} = 0.88$$

Nivel de confianza (∞) = 0.05.

- 3) Establecer región crítica.

Figura 50: Distribución normal



Fuente: (Molina, 1998)
Elaboración: Propia

$$Z_c = 0.88$$

$$Z_{1-\alpha} = Z_{0.95} = 1.6$$

4) Criterios de rechazo de H_0 :

$0.88 < 1.6$, como es verdadero entonces rechazamos la hipótesis H_0 . Y diremos que el Sistema de Gestión de calidad incide en la satisfacción del paciente en admisión de consulta externa del Hospital Regional Docente Cajamarca con una valoración de media.

5) Toma de decisión

Para la toma de decisión se tiene que dar respuesta a la pregunta ¿Se puede ratificar que el Sistema de Gestión de calidad incide en la satisfacción del paciente en admisión de consulta externa del Hospital Regional Docente Cajamarca?

Aceptamos la hipótesis alternativa y diremos que se puede ratificar que el Sistema de Gestión de calidad incide en la satisfacción del paciente en admisión de consulta externa del Hospital Regional Docente Cajamarca en forma positiva, con un nivel de significación de 0.05. Los datos confirman la hipótesis parcialmente porque se ha inicializado un cambio y una mejora en cuanto a los procesos de la calidad; sin embargo, depende de la institución, específicamente de la alta gerencia en que este cambio sea continuo y permanente.

CAPITULO VI: PROPUESTA

6.1. Formulación de la propuesta para la solución del problema

Para dar a conocer la propuesta primero realizo un diagnóstico de la situación actual de atención en consulta externa del HRDC y de la satisfacción actual de los pacientes que se atienden en consulta externa del HRDC, para ello utilizo el diagrama de Ishikawa, identificando de esta manera las causas de la problemática.

✓ Atención oportuna

- Disminuir el tiempo de la atención en ventanilla.
- Disminuir el tiempo en arreglar historias repetidas.
- Disminuir el tiempo para solicitar una cita.
- Disminuir el tiempo para ser atendido en cita médica.

✓ Adecuada Accesibilidad

- Incrementar medios de obtener una cita
- Disminuir el tiempo en programar a los médicos.

✓ Adecuado Entorno de atención

- Ubicación y localización clara y entendible.
- Orden en la cola
- Comodidad
- Entendible señalización
- Personal con uniforme o distintivo
- Exoneración de pago a las personas de bajos recursos.

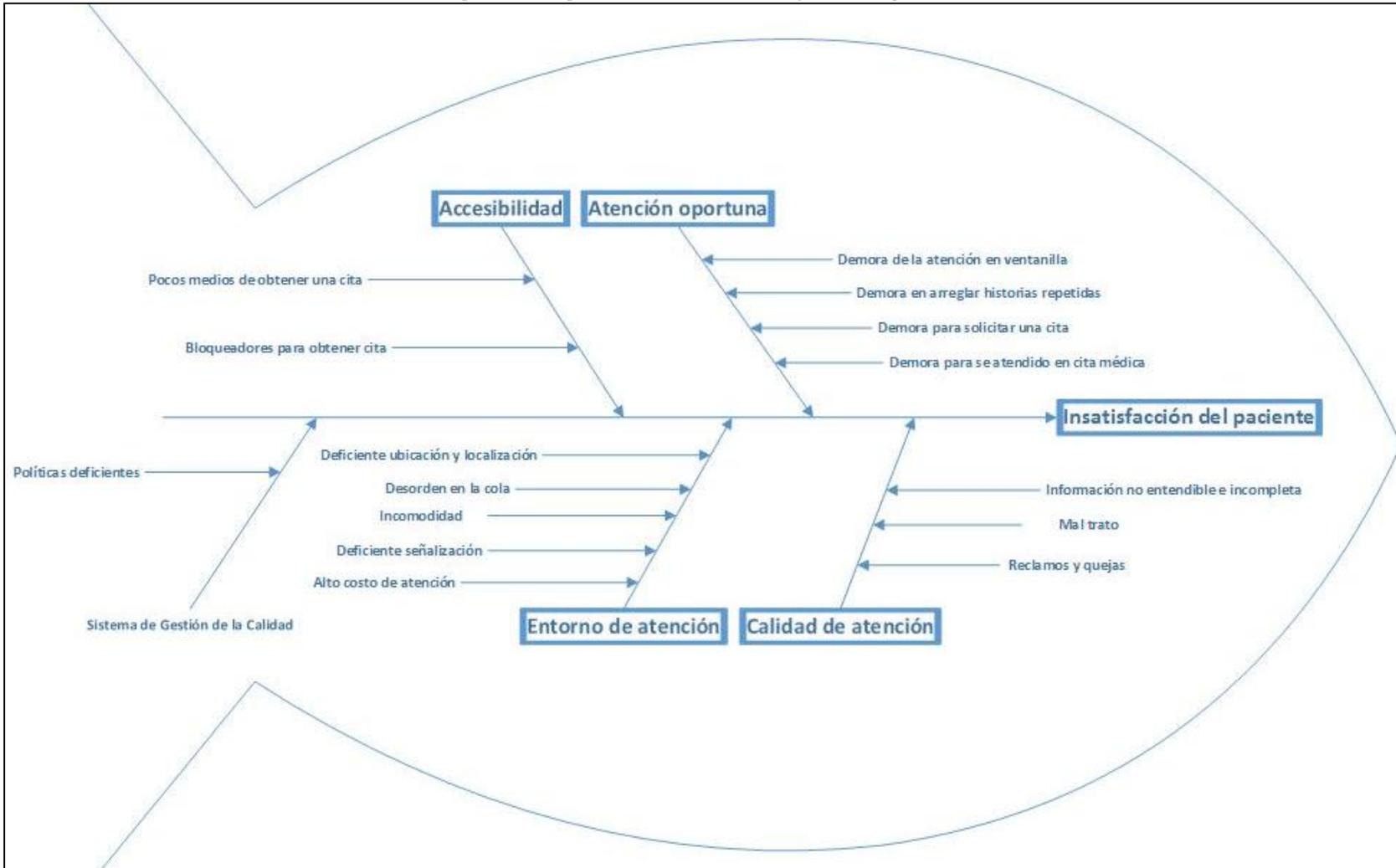
✓ Trato humanizado

- Información entendible y completa
- Buen trato
- Disminución de reclamos y quejas.

✓ Sistema de Gestión de la Calidad

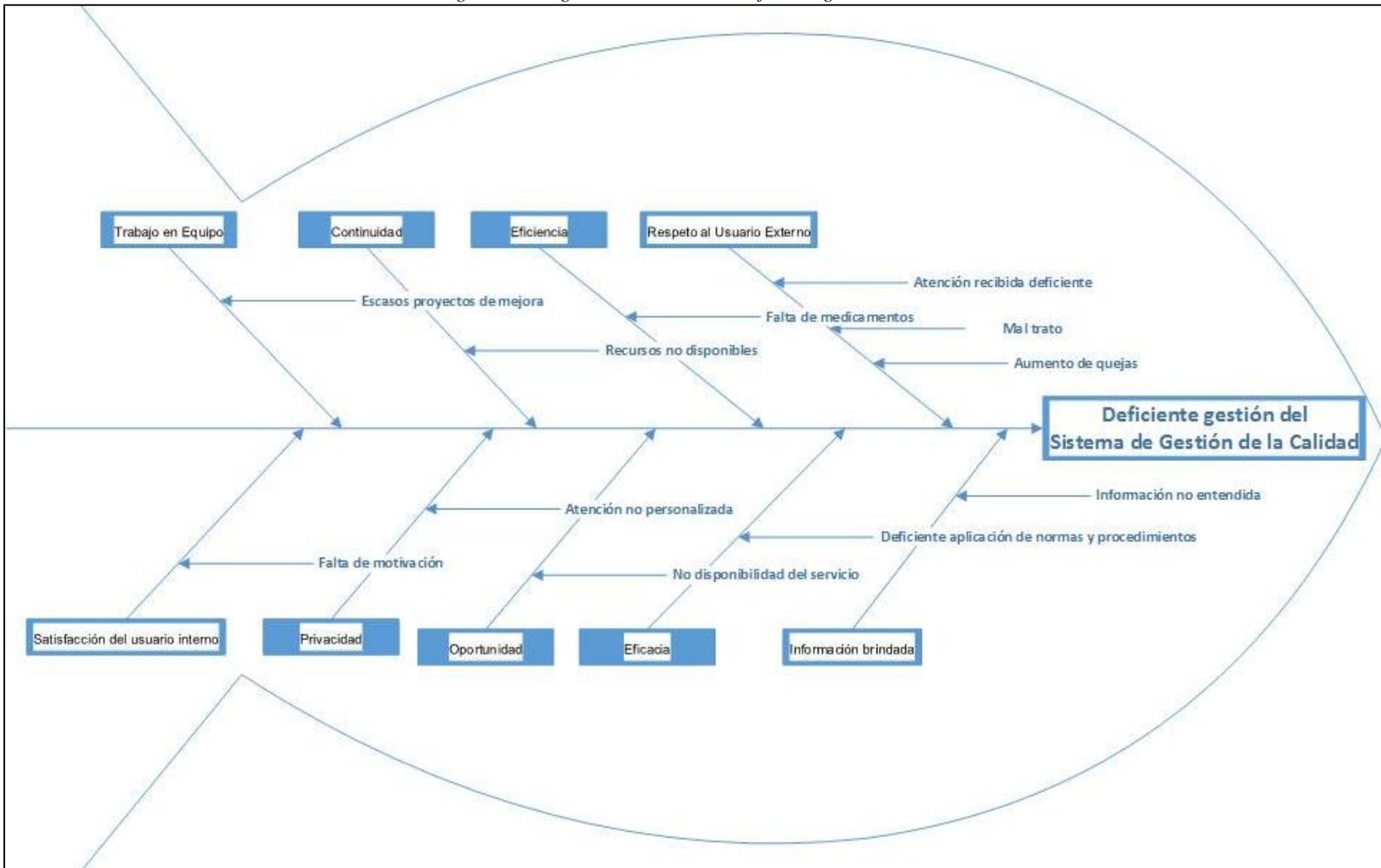
- Políticas deficientes.

Figura 51: Diagrama de Ishikawa de insatisfacción del paciente



Fuente: Encuestas
Elaboración: Propia

Figura 52: Diagrama de Ishikawa de deficiente gestión del SGC



Fuente: Encuestas
Elaboración: Propia

Ya identificadas las causas del problema, para mejorar la satisfacción del paciente se debe cubrir las deficiencias encontradas en cada dimensión, aunado a ello el liderazgo y compromiso de la alta dirección. A continuación, se detalla la propuesta de solución:

Variable: Satisfacción del paciente

✓ **Atención oportuna**

1. Aligerar la atención en ventanilla

Para mejorar el tiempo promedio que se atiende a un paciente en ventanilla, propongo las siguientes estrategias:

- ✓ Contar con un área de informes activa, la misma que se encuentre contiguo al área de admisión, para que oriente al paciente acerca del proceso a seguir según sea su caso, con esto estaremos brindando una atención personalizada.
- ✓ Contar con personal de vigilancia para que verifique que el paciente tenga a la mano su Documento Nacional de Identidad (DNI), sus papeles (referencia de su centro de salud) si es paciente que está asegurado en el SIS y vigilar la sala de espera para que ningún paciente se acerque a ventanilla si no cuenta con el número de ticket que emite la pantalla.
- ✓ La mayoría de pacientes muestra mucha inconformidad al momento de dejar su DNI, es por ello que propongo se genere un carnet de atención para los pacientes del SIS.
- ✓ Actualmente el área de admisión cuenta con 8 ventanillas, las cuales 5 de ellas son exclusivamente para emitir citas a los pacientes asegurados por el SIS, una de ellas es para emitir citas a pacientes particulares, y dos de ellas son exclusivamente para recepcionar la documentación de los pacientes asegurados por el SIS. La estrategia que propongo es que todas las ventanillas emitan cita, tanto a pacientes asegurados por el SIS, como a pacientes particulares, así mismo todas las ventanillas recepcionen la documentación de pacientes asegurados por el SIS, de esta manera estaremos reduciendo tiempos muertos

a las ventanillas que terminan de emitir citas y descongestionando a las 2 ventanillas que actualmente reciben documentación del SIS.

- ✓ Contar en cada servicio con una persona encargada de verificar que los formatos del SIS, estén correctamente llenados, con esto me refiero a que los documentos estén firmados y sellados por el médico, que los medicamentos prescritos al paciente estén descargados en los formatos, que el diagnóstico esté escrito en el formato, entre otros.
- ✓ Contar con equipos nuevos, una impresora es compartida por 2 usuarios, esto acarrea, demora en atención, además en ocasiones se otorga el formato de un paciente a otro paciente; una de las ventanillas no cuenta con lector de DNI, teniendo que escribir el número de DNI, esto acarrea demora en la atención; el área de admisión se encuentra al lado del patio central, en donde en muchas ocasiones se presentan campañas de salud, el ruido que generan hace que los pacientes no entiendan la información que se le brinda, y en muchas ocasiones piensan que el personal le está gritando, propongo adquirir micrófonos en cada ventanilla.
- ✓ Existe pacientes que no saben leer, acercándose a ventanilla a cada momento a preguntar si ya llegó su ticket, propongo que se cuente con un sistema que permita que la ventanilla que llama a un ticket, genere un tipo de alerta como una luz, u otra señal.

2. Aligerar el arreglo de historias repetidas

Actualmente existen pacientes que tienen historias repetidas, esto debe ser solucionado uniendo todas las historias, este proceso tarda aproximadamente 15 minutos. La estrategia que propongo para solucionar este inconveniente es:

- ✓ Otorgar la cita al paciente con la historia clínica más antigua, e informarle que a la siguiente cita sus historias serán unidas a una sola, de esta manera no haremos esperar al paciente.

3. Aligerar la solicitud de una cita

Actualmente existen pacientes que para solicitar una cita esperan más de 15 días, La estrategia que propongo para solucionar este inconveniente es:

- ✓ Realizar programación de médicos para 2 meses, de esta forma los pacientes no tendrían que esperar mucho tiempo para solicitar cita médica.

4. Aligerar atención en cita médica

Para reducir el tiempo de atención en su cita médica, propongo las siguientes estrategias:

- ✓ El paciente debe obtener su cita con anticipación, de esta manera reducirá tiempo en sacar su cita, y su historia ya habrá sido separada para su atención.
- ✓ El paciente debe acudir a partir de las 8: 00 a.m. ya que, al no estar presente, la historia pasa al final de todas las historias y su atención es retrasada.

- ✓ **Accesibilidad**

5. Aumentar medios de obtener una cita

Actualmente para obtener una cita, se tiene que acudir personalmente al HRDC, a excepción del paciente de las provincias alejadas a la ciudad, en este caso los establecimientos llaman al HRDC para separar una cita para su paciente. Para solucionar este inconveniente, propongo las siguientes estrategias:

- ✓ Todos los pacientes tengan acceso a separar una cita vía telefónica, internet.

6. Anticiparse a posibles eventos que pueden ocurrir para obtener una cita:

Actualmente los principales bloqueadores para obtener una cita son: Demora en la programación de médicos, no contar con SIS activo, no contar con referencia de su centro de salud, vacaciones de médicos, Solicitud fuera de horario, no contar con dinero.

Propongo las siguientes estrategias:

- ✓ Realizar una programación de médicos para 2 meses.
- ✓ Articularse con los centros de salud para que emitan referencia únicamente a los pacientes con SIS activo, de ser el caso contrario emitir un documento de llamada de atención al puesto de salud emisor.

- ✓ El personal de vigilancia debe revisar al paciente si cuenta con su documentación necesaria, si no es el caso, enviarle al área de informes.
- ✓ Gestionar las vacaciones de los médicos con uno suplente o un remplazo.
- ✓ El personal de vigilancia de la puerta central debe informar a los pacientes el horario de atención de consultorio externo, y el vigilante del área de admisión reiterar dicha información.
- ✓ El área de informes debe orientar en caso de que el paciente no cuente con suficiente dinero para pagar su cita médica, medicamento, o exámenes, dirigiéndoles a la asistente social. El vigilante de admisión reiterar dicha información, de esta forma se estará filtrando pacientes que aún no deben acudir a ventanilla.
- ✓ **Entorno de atención**

1. Adecuada ubicación y localización

El HRDC cuenta con una amplia infraestructura, incluso tiene un sótano en el que se atienden a diferentes especialidades. El HRDC cuenta actualmente con letreros de ubicación de los consultorios, sin embargo, no están a la vista del usuario. Propongo las siguientes estrategias:

- ✓ El personal de informes debe contar con una oficina cerca del área de admisión e indicarle al paciente la ruta a seguir.
- ✓ A la entrada del HRDC, al lado de admisión y en cada piso del edificio debe existir pancartas con el nombre de las diferentes especialidades, indicando el piso en donde se encuentran.

2. Orden en la cola

Actualmente el HRDC cuenta con un sistema de colas, con esto me refiero que cuenta con una máquina ticketera, un televisor tipo banco, de tal manera que el paciente espera su turno para acercarse a la ventanilla que le toca, sin embargo, a pesar de la tecnología que existe se presenta desorden. Propongo las siguientes estrategias:

- ✓ Contar con personal de vigilancia permanente, ya que la tecnología sola no supe al recurso humano, algunos casos por mencionar son: los usuarios desconectan la máquina para cargar celulares, desconfigurando la secuencia de los tickets; el usuario acude a ventanilla a pesar de que tu ticket aún no llega, entre otros.

3. Comodidad

La sala de espera de admisión cuenta con sillas para que los usuarios esperen el turno en ventanilla, sin embargo, dan a conocer que existe incomodidad de parte de algunos, porque no hay sillas para todos, hace demasiado frío, entre otros. Propongo las siguientes estrategias:

- ✓ En la pantalla del televisor pasar videos de entretenimiento, adquirir máquinas expendedoras de bebidas calientes y frías.

4. Adecuada señalización

Actualmente del HRDC cuenta con señalización del edificio, lo cual permite encontrar correctamente el camino y situarse correctamente en el interior, sin embargo, existen usuarios que no comprenden dicha señalización o no saben leer, Propongo las siguientes estrategias:

- ✓ Contar con personal del área de informes que acompañe al usuario a su área destino, si es el caso que no comprende la señalización del edificio.

5. Costo de atención accesible

Antiguamente el costo de atención era S/. 5.00 (Cinco nuevos soles), Posteriormente S/. 7.00 (Siete nuevos soles) y Actualmente el HRDC tiene una cuota por cada especialidad atendida de S/. 13.00 (Trece nuevos soles), a excepción de pediatría que es de S/. 15.00 (Quince nuevos soles), esta pequeña alza en el costo de la atención a generado inconvenientes. Propongo las siguientes estrategias:

- ✓ Generar boletines informativos que den a conocer el porqué del alza del costo de la atención, motivos claramente justificables y entendibles para todos los usuarios que lo lean.

✓ **Buen trato**

1. Información entendible y completa

El personal que atiende en ventanilla, cuenta con tiempo reducido para orientar al paciente acerca del proceso a seguir según sea su caso. Propongo las siguientes estrategias:

- ✓ El personal del área de informes debe explicar al paciente que no comprende el proceso a seguir, y si es el caso, de ayudarlo o acompañarlo a realizar tal proceso.

2. Buen trato

El personal que atiende en ventanilla, tiene que hacer prevalecer el sentido de empatía con el usuario. Propongo las siguientes estrategias:

- ✓ Otorgar unos 15 minutos de relajación a los empleados de ventanilla, pueden rotar de tal forma que no queden ventanillas desabastecidas.
- ✓ Motivar al personal, con días libres, documentos de reconocimiento, reuniones de confraternidad, etc. Un personal motivado, tendrá como consecuencia clientes satisfechos, ya que la causa origina un resultado.

3. Mejorar la satisfacción del paciente

Actualmente el HRDC gestiona las quejas, con esto me refiero a que se busca entender el motivo de la queja, sin embargo, existe deficiencia frente a esto, ya que no siempre lo que el usuario externo describe es la certeza de los hechos. Propongo las siguientes estrategias:

- ✓ Escucha activa al usuario interno, no siempre el cliente tiene la razón, es verdad que buscamos mejorar la satisfacción del paciente, pero hay usuarios externos que se valen de eso para insultar y tener una actitud prepotente frente al personal y como no hay nadie quien lo respalde, el usuario interno sufre constantemente de ofensas, yo propongo que, así como existe un área de calidad para escuchar las quejas del paciente, exista un área para escuchar al usuario interno, de esta manera ambas partes tendrá una cultura de buen trato a las persona.

Variable: Sistema de Gestión de la Calidad

✓ Políticas Eficientes

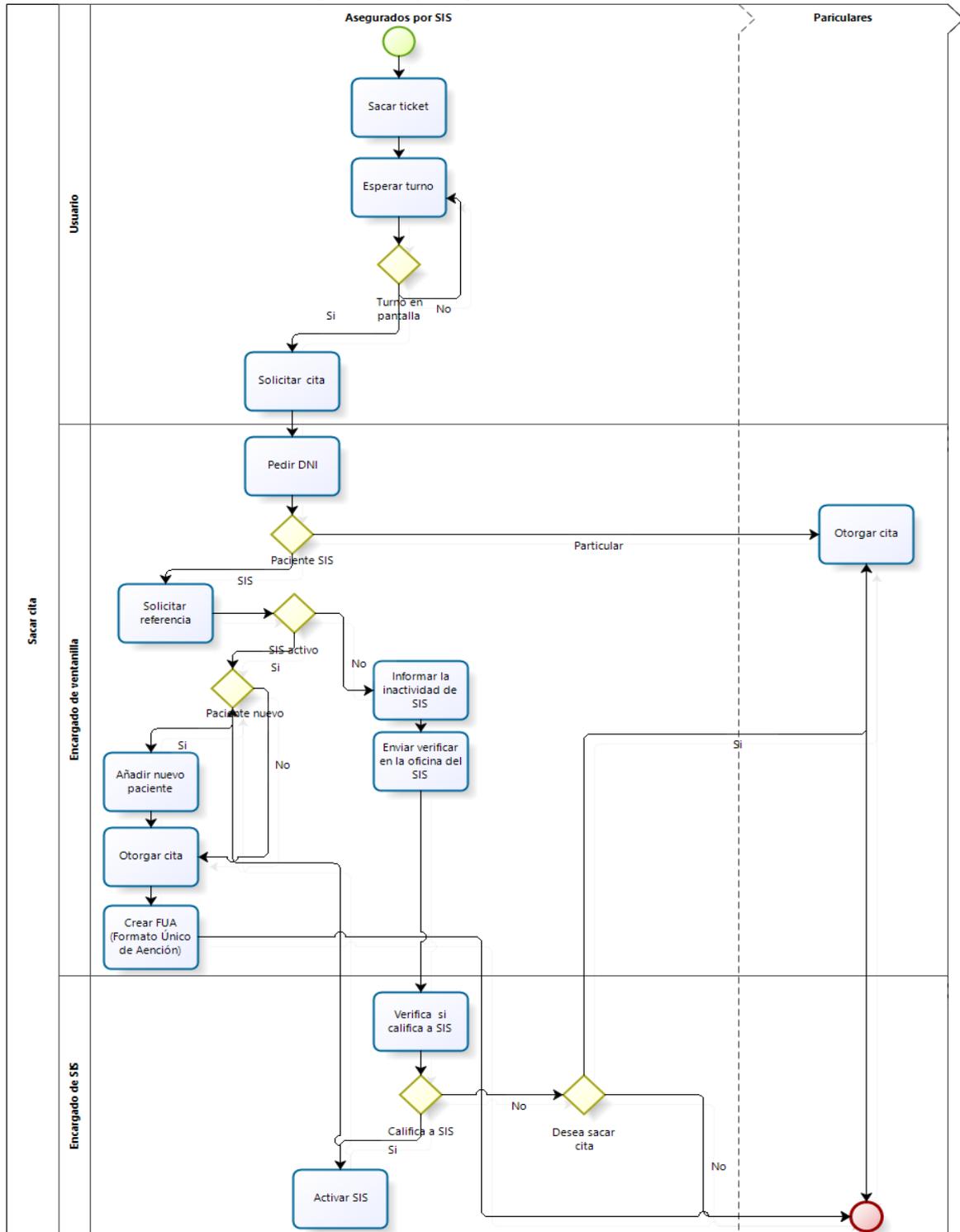
El HRDC cuenta con políticas para lograr una atención de calidad, sin embargo, estas políticas no están integradas. Propongo las siguientes estrategias:

- ✓ **Constituir un equipo de trabajo:** La misión de este grupo de profesionales es analizar objetivos y proponer actividades y medidas para alcanzarlos, por lo que debe estar formado por personas suficientemente capacitadas.
- ✓ **Elaborar un mapa de procesos:** Consiste en una representación gráfica de los procesos, tras un trabajo previo de identificación y clasificación en tres grandes grupos: procesos clave, estratégicos y de soporte. Esta tarea es especialmente útil para comprender la interrelación e interacción de los distintos procesos.
- ✓ **Determinar los factores clave para la empresa:** Una vez identificados los procesos y representados gráficamente, el siguiente paso es determinar los errores o áreas de mejora y, en general, todos aquellos factores que restan eficacia a la organización, provocan retrasos o falta de fluidez en los circuitos e incidiendo negativamente en el servicio ofrecido al cliente.
- ✓ **Establecer un panel de indicadores:** Antes de implantar las mejoras necesarias, es importante seleccionar los indicadores que vamos a utilizar para corroborar y demostrar de manera objetiva los resultados obtenidos.
- ✓ **Iniciar el ciclo de mejora:** En función del análisis realizado, las representaciones gráficas, los indicadores seleccionados y los factores clave se deben determinar e implantar una serie de acciones de mejora concretas, con unas fechas determinadas y revisables cada cierto tiempo, con el fin de entrar en un circuito de mejora continua.

Con la adopción de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos, el HRDC tienen la gran oportunidad de demostrar su capacidad para proporcionar servicios que satisfagan los requisitos de los clientes y los reglamentos aplicables.

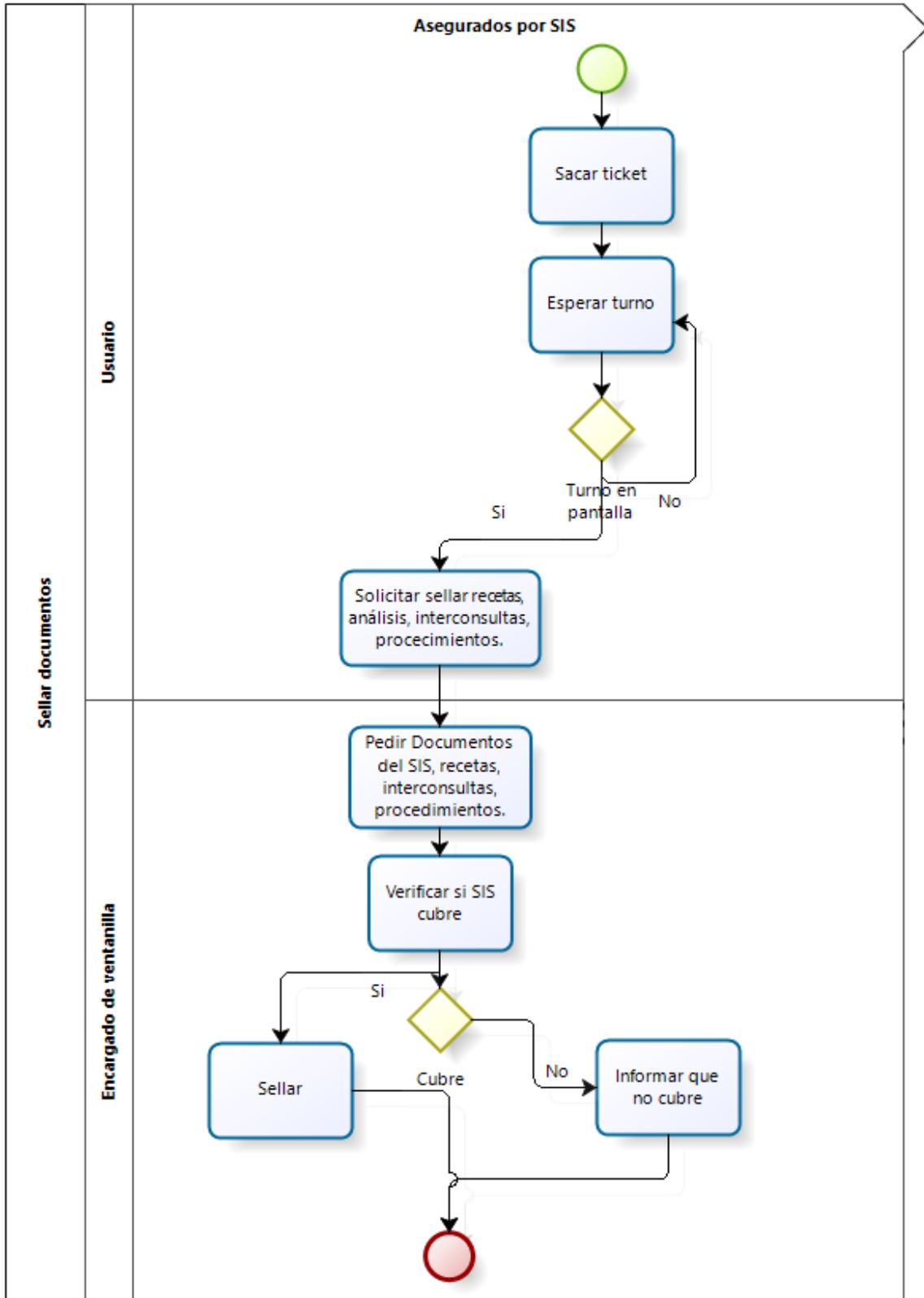
A continuación, presento en diagrama de flujo del actual proceso de sacar una cita y devolver los documentos de los asegurados por el SIS en el HRDC, con este flujo se presentan diversos inconvenientes como los presentados en los resultados de las encuestas.

Figura 53: Flujo del proceso sacar cita



Fuente: Encuestas
Elaboración: Propia

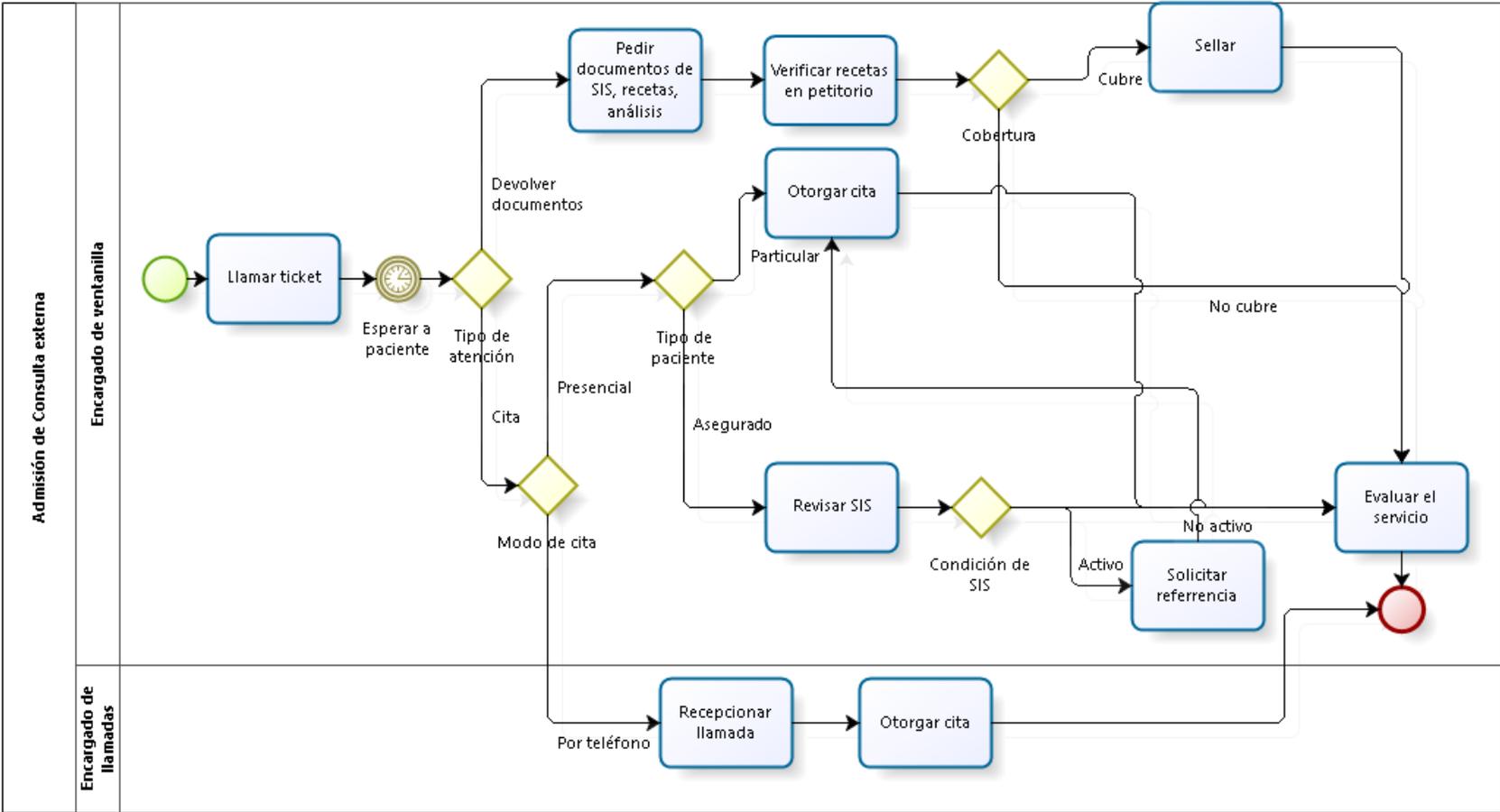
Figura 54: Flujo del proceso sellar documentos



Fuente: Encuestas
Elaboración: Propia

A continuación, presento una propuesta al actual proceso. Ambos procesos están unificados, de tal manera que todas las ventanillas de admisión realicen ambas actividades de sacar citas y recepcionar documentos.

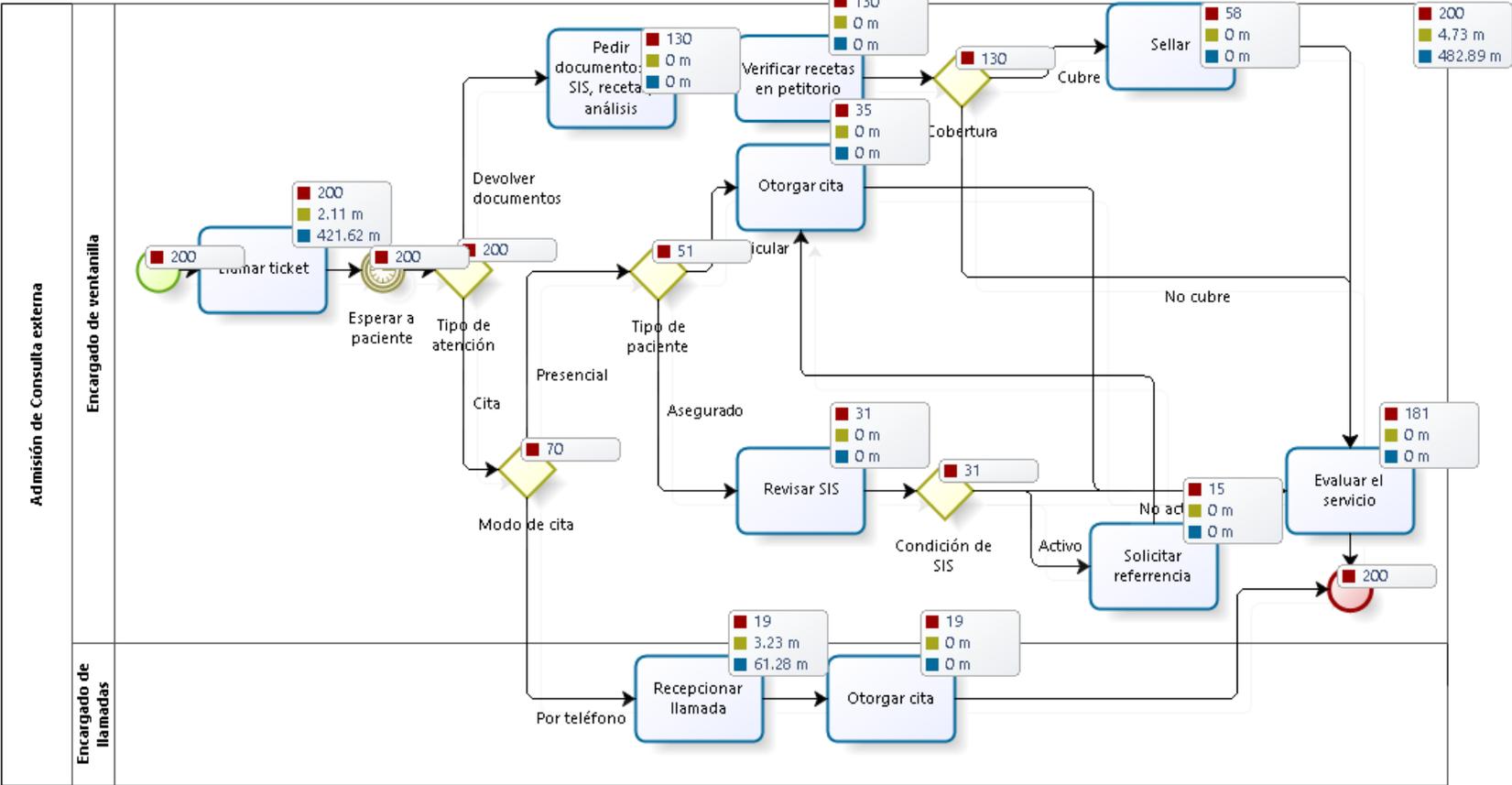
Cuadro 54: Modelo propuesto



Elaboración: Propia

Como se puede observar adicional a ello, propongo dos personas encargadas de recepcionar llamadas para otorgar citas, de esta forma se mejoraría la atención a los pacientes con un trato adecuado, y reducción de tiempos en cada ventanilla como se muestra en la siguiente simulación.

Figura 55: Simulación de proceso propuesto



Elaboración: Propia

A continuación, se muestra los resultados con ambos escenarios, observando que el escenario 2 muestra una mejora en reducción de tiempo gracias a que se agregó un recurso en ventanilla.

Figura 56: Resultados de simulación de 2 escenarios

Scenari	Type	Instances completed	Instances started	Min. time	Max. time	Avg. time	Total time
Scenari 1	Process	60	60	5m	21m 43s	7m 1s	7h 1m 45s
Scenari 2	Process	50	50	5m	21m 43s	7m 10s	5h 58m 54s
Scenari 1	Start event	60					
Scenari 2	Start event	50					

Elaboración: Propia

Cuadro 55: Contraste de la propuesta de 2 escenarios

Escenario 1		Escenario 2	
Total de pacientes	200	Total de pacientes	200
Probabilidad	Citas: 45%. Devoluciones: 55%	Probabilidad	Citas: 45%. Devoluciones: 55%
Intervalo de llegada a ventanilla	1m.	Intervalo de llegada a ventanilla	1m.
Duración de atención en ventanilla	Min: 1 m. Máx.: 4 m.	Duración de atención en ventanilla	Min: 1 m. Máx.: 4 m.
Encargado de ventanilla	7	Encargado de ventanilla	8
Encargado de llamadas	2	Encargado de llamadas	2
Tiempo promedio de atención	7h 1m 45s	Tiempo promedio de atención	5h 58m 54s

Elaboración: Propia

Por lo tanto, se puede afirmar que con el nuevo proceso propuesto se mejoraría la eficiencia de admisión en consulta externa.

6.2. Costos de implementación de la propuesta

Para mejorar el Sistema de Gestión de la calidad y por ende la satisfacción del paciente, se estima un tiempo considerable de 6 meses, posteriormente se realizará mantenimiento y mejora continua.

Tabla 1: Costo de implementación de la propuesta

Concepto	Unidad	Cantidad	Precio	Total (S/.)
Recursos Humanos				
Especialista en calidad	Und	1	1800	S/. 18,000.00
Asistente en calidad	Und	1	1200	S/. 12,000.00
Encargado/a de llamadas	Und	1	9000	S/. 9,000.00
Capacitación al personal de admisión	Sesión	24	200	S/. 4,800.00
Equipos y materiales				
Computadoras	Und	8	3000	S/. 24,000.00
Impresoras	Und	8	1000	S/. 8,000.00
Lector de DNI	Und	1	60	S/. 60.00
Micrófonos	Und	8	179	S/. 1,432.00
Micrófono intercomunicador para ventanilla	Und	8	3000	S/. 24,000.00
Números de ventanilla con luces	Und	8	90	S/. 72.00
Material de señalización y ubicación	Pqte	1	3000	S/. 3000.00
Total				S/. 104,364.00

Fuente: Elaborado por tesista

6.3. Beneficios que aporta la propuesta

La propuesta aporta beneficios claros como se detalla a continuación:

Atención oportuna

- Disminuir el tiempo de la atención en ventanilla
- Disminuir el tiempo en arreglar historias repetidas
- Disminuir el tiempo para solicitar una cita
- Disminuir el tiempo para ser atendido en cita médica

Accesibilidad

- Incrementar medios de obtener una cita
- Disminuir los bloqueadores para obtener una cita como: Demora en la programación de médicos, no contar con SIS, no contar con referencia de su centro de salud, deficiente gestión de vacaciones de médicos, solicitud fuera de horario y no tener las posibilidades de cubrir la atención médica.

Entorno de atención

Ubicación y localización clara y entendible.

Orden en la cola

Comodidad

Entendible señalización

Personal con uniforme o distintivo

Exoneración de pago a las personas de bajos recursos.

Calidad de atención

Información entendible y completa

Buen trato

Disminución de reclamos y quejas

Sistema de Gestión de la Calidad

Políticas entendibles y puestas en ejecución

CONCLUSIONES

- Se concluye que el Sistema de Gestión de calidad incide en la satisfacción del paciente en admisión de consulta externa del Hospital Regional Docente Cajamarca, con un nivel medio. El análisis de la satisfacción del paciente es muy útil para diseñar una estrategia de mejora en la asistencia sanitaria. Es preciso preguntar y escuchar a los pacientes para conocer lo que realmente esperan de nosotros y centrar así nuestra asistencia, no solo para cubrir sus necesidades, sino también para satisfacer sus expectativas, atendiendo así al individuo como un ser bio-psico-social, garantizando así atención de máxima calidad.
- Se determinó el nivel actual de atención en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca, con una valoración de medio, sin embargo, aún existe una gran brecha para que la atención que se brinda tenga una valoración de muy buena; para ello es necesario integrar la tecnología, la humanidad y la técnica.
- Se determinó el nivel actual de satisfacción del paciente en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca, con una valoración de medio, esto debido a que el gran porcentaje de la muestra son pacientes asegurados por el Seguro Integral de Salud, los mismos que no pagan consulta y cubre la gran mayoría de exámenes médicos y recetas, sin embargo, los pacientes que no cuentan con este seguro manifiestan su descontento con el servicio brindado, pues ellos pagan para dicho servicio y se sienten en la posición de exigir calidad.
- Se determinó el nivel de eficiencia del SGC frente a la satisfacción del paciente en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca observando que el actual proceso se podría mejorar, esto se evidencia con el proceso propuesto en mejora de tiempos con la adición de un recurso en ventanilla y un encargado de recepcionar llamadas para otorgar citas. Además de ello cada encargado de ventanilla asuma las mismas funciones de tal forma que se eliminen tiempos

muertos y se atiende con el tiempo adecuado y esto se verá reflejado en el buen trato que perciba el paciente.

- Se determinó las condiciones para una atención de calidad en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca, las mismas que deben de estar enmarcadas en: atención oportuna (aligerar la atención en ventanilla, aligerar el arreglo de historias repetidas, aligerar la solicitud de una cita, aligerar atención en cita médica), accesibilidad (aumentar medios de obtener una cita, anticiparse a posibles eventos negativos que pueden ocurrir para obtener una cita), entorno de atención (adecuada ubicación y localización, orden en la cola, comodidad, adecuada señalización, costo de atención accesible, personal con uniforme o distintivo), buen trato (información entendible y completa, amabilidad), políticas eficientes del SGC.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Se recomienda a los encargados de ventanilla que asuman sus funciones sin retribuciones adicionales de parte de los pacientes para poder atenderse en el HRDC.

Se recomienda al área de personal que cuente con un adecuado proceso de selección del personal para que sus habilidades se vean reflejadas en la satisfacción del paciente y en una mejora continua total de la institución.

Se recomienda al área encargada de la gestión del Sistema de Gestión de Calidad del Hospital Regional Docente Cajamarca tenga identificado y actualizado constantemente los indicadores para evaluar este sistema ya que permitirán determinar los tiempos improductivos y evaluar la calidad en el servicio cuyos resultados servirán para desarrollar planes y programas para elevar o disminuir los resultados de los indicadores según sea el caso.

Se recomienda al área de calidad que los indicadores identificados de satisfacción del paciente en consulta externa del Hospital Regional Docente Cajamarca, sean utilizados como medidas del desempeño del Sistema de Gestión de Calidad, de tal manera que se realice el seguimiento de la información relativa a la percepción de los pacientes con respecto al cumplimiento de sus requisitos.

Se sugiere que las condiciones identificadas para una atención de calidad en Consulta Externa del Hospital Regional Docente Cajamarca sean puestas en práctica tanto para el usuario interno como externo. Si un usuario interno se encuentra satisfecho, es motivo suficiente para que el usuario externo se encuentre satisfecho.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón Vega, K. E. (2014). Satisfacción del paciente hospitalizado en el servicio de cirugía y ginecoobstetricia en relación a la calidad de atención recibida en el Hospital Regional de Cajamarca, 2013.
- Alcalde-rabanal, J. E., Lazo-gonzález, O., Nigenda, G., Je, A., & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú, *53*(1), 243–254.
- Bataller, E., Serra, V., & Valencia. (2014). Departament de comptabilitat tesis doctoral.
- Bohigas Lluís. (1995). Satisfacción del Paciente.
- Carmona Lavado, A. (1998). La teoría de los dos factores en la satisfacción del cliente, *4*, 53–80.
- Carrizales, N. B. (2006). Guía práctica referencial de indicadores para el Sistema de Control de Gestión del Hospital Vargas de Caracas.
- Chacón, I. S. (2005). Estudio comparativo entre hospitales de la región noroeste de Brasil y Cataluña.
- Chang, M., Alem, C., & Mar, A. (1999). Satisfacción de los pacientes con la atención médica, *15*(5), 541–547.
- Collado, A. C. (2014). Análisis de la eficiencia de la gestión hospitalaria en la Comunidad Valenciana. Influencia del modelo de gestión.
- Díaz Guevara, M. (2014). Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud. Hospital Tito Villar Cabeza-Bambamarca.
- Gallardo Pérez, R. M. (2013). Grado de satisfacción y calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Regional de Cajamarca.
- Gavilano, L. E. P. (2012). Determinación de la calidad de atención en los pacientes quirúrgicos referidos al hospital Es-Salud Vitarte.
- Guardia, G. A. H. (2015). Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención en salud.
- ISO, N. 9000:2005. (2005). Sistemas de Gestión de la Calidad.

- ISO, N. 9000:2008. (2008). Requisitos del Sistema de Gestión de Calidad.
- Jj, M., La, A. J., Mira, J. J., & Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria, *114*(Supl 3), 26–33.
- López, K. (2008). Caso de un nuevo modelo de gestión hospitalario en Chile: Hospital Santiago Oriente, Doctor Luis Tisné Brousse.
- Martínez, R. (2008). Diseño de un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud laboral para el Instituto Nacional de Higiene Rafael Range.
- MINSA. (2003). Normas técnicas de estándares de calidad para hospitales e institutos especializados.
- MINSA. (2006). RM-519-2006 SGC.
- MINSA. (2008). Sistema de Gestión de la Calidad.
- MINSA. (2011). Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y su Reglamento.
- Mira, J. J., Rodríguez-Marín, J., Peset, R., Ybarra, J., Pérez-Jover, V., Palazón, I., & Llorca, E. (2002). Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Revista de Calidad Asistencial*, *17*(5), 273–283.
[http://doi.org/10.1016/S1134-282X\(02\)77517-9](http://doi.org/10.1016/S1134-282X(02)77517-9)
- Molina, G. (1998). Estadística Inferencial en Psicología, (3), 2010–2011.
- Porro, C. O. A. (2010). Un sistema de gestión de calidad en salud , situación actual y perspectivas en la atención primaria Quality management system in health : present situation and prospects in the primary health care, *36*(2), 175–179.
- R, S. R., Rosal, R. S., Pol, D. C., Lorient-arín, N., & Soc, L. (2008). La anatomía de la satisfacción del paciente, *50*(2).
- Rojas, D. (1950). Orígenes y tendencias de la calidad total Orígenes y tendencias de la calidad total La calidad total como estrategia de competitividad para las empresas mexicanas.
- Salazar, F. V., Ard, N., & Navarro, J. (2008). Satisfacción y calidad, *6*(13), 139–168.
- Thompson, I. (2015). La Satisfacción del Cliente.

Vargas Enrique, R. W. (2015). Plan de gestion del hospital regional de cajamarca julio 2014 – diciembre 2015.

Veliz Roja, María Isabel, Villanueva Aparco, R. (2013). Pontificia universidad católica del Perú escuela de graduados.

Yáñez, C. (2008). Sistema de Gestión de Calidad en base a la norma ISO 9001.

APÉNDICES

Apéndice 1

La presente encuesta fue aplicada a jefes/ encargados de área ligados a los procesos que se desencadenan en admisión de consulta externa del Hospital Regional Docente Cajamarca.

ENCUESTA PARA EVALUAR EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Buenos días / tardes, mi nombre es Ena Cacho, y soy estudiante de posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca. En esta ocasión, estoy realizando encuestas, para analizar el Sistema de Gestión de la Calidad y cómo incide en la satisfacción de los pacientes. Agradecería, me permita aplicarle esta encuesta. Su opinión me permitirá sugerir mejoras al sistema para en el futuro brindar una mejor atención a los pacientes. Todas sus respuestas serán tratadas en forma confidencial. Marque con un aspa la respuesta que considera a cada pregunta.

HRDC: Hospital Regional Docente Cajamarca.

N°	1. Respeto al Usuario Externo	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca
1	a. ¿Los usuarios se sienten satisfechos con la atención recibida en admisión de consulta externa?					
2	b. ¿Los usuarios externos perciben un trato adecuado con amabilidad, respeto y empatía?					
3	c. ¿El HRDC cuenta con mecanismos de escucha al usuario y un sistema eficaz de gestión de sus quejas y sugerencias?					
N°	2. Información brindada	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca
4	a. ¿El usuario externo recibe información acerca de los procedimientos referidos a su caso?					
5	b. ¿El usuario externo comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos referidos a su caso?					
6	c. ¿El usuario externo acepta la información que se le brinda acerca de los procedimientos referidos a su caso?					
N°	3. Eficiencia	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca
7	a. ¿La organización de salud evalúa y controla los gastos administrativos?					
8	a. ¿La organización cuenta con los medicamentos necesarios para satisfacer la demanda de los usuarios?					
9	b. ¿La organización constituye y formaliza equipos de mejora continua de la calidad (MCC) en consulta externa?					
N°	4. Eficacia	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca
10	a. ¿La organización incorpora en el Plan Estratégico Institucional (PEI) un objetivo y actividades de calidad correspondientes?					
11	b. ¿La organización incorpora en el Plan Operativo Institucional (POI), un objetivo y actividades de calidad correspondientes?					
12	c. ¿El hospital aplica normas y procedimientos para la atención en consulta externa?					
13	d. ¿Se implementan procesos de auditorías de salud en consulta externa?					
14	e. ¿La organización supervisa la prescripción de medicamentos en el PNME (Petitorio Nacional de Medicamentos)?					

15	a. ¿La organización supervisa el uso racional de medicamentos a través de las acciones de vigilancia y control del Comité Farmacológico?					
N°	5. Continuidad	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca
16	a. ¿La institución cuenta con recursos para garantizar la prestación ininterrumpida de la atención en consulta externa?					
17	b. ¿El hospital se articula y organiza funcionalmente con los establecimientos de los diferentes centros de salud de la región?					
N°	6. Oportunidad	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca
18	a. ¿El usuario recibe la atención necesaria en el momento que lo requiere según su caso?					
N°	7. Trabajo en Equipo	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca
19	a. ¿La organización incorpora a los usuarios externos en la gestión de la calidad?					
20	b. ¿Los equipos de calidad cumplen con los acuerdos tomados?					
21	c. ¿El equipo de admisión implementa proyectos de mejora de la calidad?					
N°	8. Privacidad	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca
22	a. ¿Los usuarios de consulta externa perciben privacidad en la atención recibida?					
N°	9. Accesibilidad	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca
23	a. ¿La institución establece mecanismos para garantizar el acceso a los servicios de los usuarios de menores recursos?					
N°	10. Satisfacción del usuario interno	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca
24	a. ¿El usuario interno se siente motivado con su organización?					
25	b. ¿El usuario interno siente el apoyo de su jefe inmediato?					

¡Muchas Gracias!

Apéndice 2

La presente encuesta fue aplicada a los usuarios que se atienden en admisión de consulta externa del Hospital Regional Docente Cajamarca.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Buenos días / tardes, mi nombre es Ena Cacho, y soy estudiante de posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca. En esta ocasión, estoy realizando encuestas a pacientes que acuden a consulta externa, para medir su percepción de satisfacción. Agradecería, me permita aplicarle esta encuesta. Su opinión me permitirá sugerir mejoras al sistema para en el futuro brindar una mejor atención a los pacientes. Todas sus respuestas serán tratadas en forma confidencial. Marque con un círculo o tache la respuesta.

HRDC: Hospital Regional Docente Cajamarca.

N°	Accesibilidad a cita
1	¿Por qué medio obtuvo la cita para esta consulta médica? a. Por teléfono b. Por internet c. Se la dieron en la consulta anterior d. Tuvo que acercarse al Hospital para obtenerla e. Por algún conocido
2	¿Cuál es el motivo por el que no puede acceder a una cita médica? a. Demora en la programación de médicos. b. No cuenta con SIS. c. No cuenta con referencia de su centro de salud d. Vacaciones de médicos e. Solicitud fuera de horario f. No cuenta con dinero
N°	Atención oportuna
3	¿Cuántos minutos se demoró el personal en atenderle en ventanilla? a. Menos de 5 minutos b. Entre 5- 10 minutos c. Entre 11-15 minutos d. Más de 15 minutos
4	¿Cuánto tiempo se demoró el personal en arreglar su historia repetida? a. No he tenido historia repetida b. Menos de 5 minutos c. Entre 5- 10 minutos d. Entre 11-15 minutos e. Más de 15 minutos
5	¿Cuántos días esperó para solicitar una cita? a) Ninguno, fue en el momento b) Menos de 7 días c) Entre 7-15 días d) Entre 16-30 días e) Más de 30 días
6	¿Después de cuántos días que Ud. Solicitó la cita le atendieron su cita médica? a) El mismo día que lo solicité b) Menos de 7 días c) Entre 7-15 días d) Entre 16-30 días e) Más de 30 días
N°	Entorno de atención
7	¿Cómo considera la ubicación/ localización del ambiente de admisión de consulta externa? a) Muy buena b) Buena c) Regular d) Mala e) Muy mala
8	¿Existe orden y limpieza en el ambiente de admisión para solicitar una cita? a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Rara vez e) Nunca

9	<p>¿Existe comodidad en el ambiente de admisión de consulta externa?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Rara vez e) Nunca</p>
10	<p>¿La señalización de los ambientes de consulta externa, le permiten ubicarlos de inmediato?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Rara vez e) Nunca</p>
11	<p>¿Ud. considera que el precio de la atención es accesible?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Rara vez e) Nunca</p>
N°	Calidad de atención
12	<p>¿Considera Ud. Que la información recibida en la atención es entendible y completa?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Rara vez e) Nunca</p>
13	<p>¿Considera Ud. Que el personal le brinda buen trato?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Rara vez e) Nunca</p>
14	<p>¿Ha presentado algún reclamo/queja de su atención?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) A veces d) Rara vez e) Nunca</p>

¡Muchas Gracias!

Apéndice 3

Cuadro 56: Tabulación de encuestas

Encuestados	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
SGC	56	61	58	55	54	50	56	58	50	57	58	57	54	60	54	58	59	59	54	59	54	50	54	57	62	63
Satisfacción del paciente	54	57	57	55	55	54	54	54	53	54	54	54	54	52	52	52	52	51	55	55	56	54	53	54	54	55

27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	
61	55	56	56																													
55	57	57	57	56	57	56	57	57	57	54	57	55	57	57	54	55	54	53	56	57	57	58	53	52	55	52	55	56	57	55	55	

59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	
56	56	59	59	59	58	58	55	61	59	57	52	52	54	54	53	57	57	59	59	59	58	59	59	58	58	60	57	61	62	62	57	

91	92	93	94	95	96	PROMEEDIO	VARIANZA
						56.50	11.16
56	57	57	57	56	57	55.92	5.70

Fuente: Encuestas
Elaboración: Propia

Apéndice 4

Cuadro 58: Minigráficos de encuesta SGC

N°	1. Respeto al Usuario Externo	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca	Minigráfico
1	a. ¿Los usuarios se sienten satisfechos con la atención recibida en admisión de consulta externa?	20%	70%	10%	0%	0%	
2	b. ¿Los usuarios externos perciben un trato adecuado con amabilidad, respeto y empatía?	33%	60%	7%	0%	0%	
3	c. ¿El HRDC cuenta con mecanismos de escucha al usuario y un sistema eficaz de gestión de sus quejas y sugerencias?	73%	27%	0%	0%	0%	
N°	2. Información brindada	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca	Minigráfico
4	a. ¿El usuario externo recibe información acerca de los procedimientos referidos a su caso?	63%	33%	3%	0%	0%	
5	b. ¿El usuario externo comprende la información que se le brinda acerca de los procedimientos referidos a su caso?	20%	60%	20%	0%	0%	
6	c. ¿El usuario externo acepta la información que se le brinda acerca de los procedimientos referidos a su caso?	47%	27%	27%	0%	0%	
N°	3. Eficiencia	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca	Minigráfico
7	a. ¿La organización de salud evalúa y controla los gastos administrativos?	70%	30%	0%	0%	0%	
8	a. ¿La organización cuenta con los medicamentos necesarios para satisfacer la demanda de los usuarios?	0%	60%	40%	0%	0%	
9	b. ¿La organización constituye y formaliza equipos de mejora continua de la calidad (MCC) en consulta externa?	0%	47%	53%	0%	0%	
N°	4. Eficacia	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca	Minigráfico
10	a. ¿La organización incorpora en el Plan Estratégico Institucional (PEI) un objetivo y actividades de calidad correspondientes?	40%	43%	17%	0%	0%	
11	b. ¿La organización incorpora en el Plan Operativo Institucional (POI), un objetivo y actividades de calidad correspondientes?	43%	40%	17%	0%	0%	
12	c. ¿El hospital aplica normas y procedimientos para la atención en consulta externa?	47%	53%	0%	0%	0%	
13	d. ¿Se implementan procesos de auditorías de salud en consulta externa?	80%	20%	0%	0%	0%	
14	e. ¿La organización supervisa la prescripción de medicamentos en el PNME (Petitorio Nacional de Medicamentos)?	87%	13%	0%	0%	0%	
15	f. ¿La organización supervisa el uso racional de medicamentos a través de las acciones de vigilancia y control del Comité Farmacológico?	80%	20%	0%	0%	0%	
N°	5. Continuidad	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca	Minigráfico
16	a. ¿La institución cuenta con recursos para garantizar la prestación ininterrumpida de la atención en consulta externa?	7%	93%	0%	0%	0%	
17	b. ¿El hospital se articula y organiza funcionalmente con los establecimientos de los diferentes centros de salud de la región?	97%	3%	0%	0%	0%	
N°	6. Oportunidad	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca	Minigráfico
18	a. ¿El usuario recibe la atención necesaria en el momento que lo requiere según su caso?	93%	7%	0%	0%	0%	

N°	7. Trabajo en Equipo	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca	Minigráfico
19	a. ¿La organización incorpora a los usuarios externos en la gestión de la calidad?	0%	83%	3%	7%	7%	
20	b. ¿Los equipos de calidad cumplen con los acuerdos tomados?	100%	0%	0%	0%	0%	
21	c. ¿El equipo de admisión implementa proyectos de mejora de la calidad?	0%	83%	13%	0%	3%	
N°	8. Privacidad	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca	Minigráfico
22	a. ¿Los usuarios de consulta externa perciben privacidad en la atención recibida?	87%	13%	0%	0%	0%	
N°	9. Accesibilidad	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca	Minigráfico
23	a. ¿La institución establece mecanismos para garantizar el acceso a los servicios de los usuarios de menores recursos?	100%	0%	0%	0%	0%	
N°	10. Satisfacción del usuario interno	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca	Minigráfico
24	a. ¿El usuario interno se siente motivado con su organización?	0%	0%	23%	70%	7%	
25	b. ¿El usuario interno siente el apoyo de su jefe inmediato?	0%	7%	87%	7%	0%	

Fuente: Encuestas

Elaboración: Propia

Apéndice 5

N°	Accesibilidad a cita							Minigráficos
1	Alternativas	Por teléfono	Por internet	En consulta anterior	En el hospital	Por conocido		
	¿Por qué medio obtuvo la cita para esta consulta médica?	19%	0%	9%	68%	4%		
2	Alternativas	Demora en programación	No cuenta con SIS	No cuenta con referencia	Vacaciones de médicos	Solicitud fuera de horario	No cuenta con dinero	
	¿Cuál es el motivo por el que no puede acceder a una cita médica?	16%	6%	38%	7%	28%	5%	
N°	Atención oportuna							Minigráficos
3	Alternativas	Menos de 5 minutos	Entre 5- 10 minutos	Entre 11-15 minutos	Más de 15 minutos			
	¿Cuántos minutos se demoró el personal en atenderle en ventanilla?	77%	23%	0%	0%			
4	Alternativas	No he tenido historia repetida	Menos de 5 minutos	Entre 5- 10 minutos	Entre 11-15 minutos	Más de 15 minutos		
	¿Cuánto tiempo se demoró el personal en arreglar su historia repetida?	0%	0%	80%	20%	0%		
5	Alternativas	Ninguno, fue en el momento	Menos de 7 días	Entre 7-15 días	Entre 16-30 días	Más de 30 días		
	¿Cuántos días esperó para solicitar una cita?	31%	40%	27%	2%	0%		
6	Alternativas	El mismo día que lo solicité	Menos de 7 días	Entre 7-15 días	Entre 16-30 días	Más de 30 días		
	¿Después de cuántos días que Ud. Solicitó la cita le atendieron su cita médica?	36%	31%	23%	8%	1%		
N°	Entorno de atención							Minigráficos
7	Alternativas	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala		
	¿Cómo considera la ubicación/ localización del ambiente de admisión de consulta externa?	0%	64%	29%	7%	0%		
8	Alternativas	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca		
	¿Existe orden y limpieza en el ambiente de admisión para solicitar una cita?	68%	27%	5%	0%	0%		

9	¿Existe comodidad en el ambiente de admisión de consulta externa?	69%	21%	10%	0%	0%		
10	¿La señalización de los ambientes de consulta externa, le permiten ubicarlos de inmediato?	0%	55%	28%	17%	0%		
11	¿Ud. considera que el precio de la atención es accesible?	96%	4%	0%	0%	0%		
N°	Calidad de atención							
	Alternativas	Siempre	Casi siempre	A veces	Rara vez	Nunca		Minigráficos
12	¿Considera Ud. Que la información recibida en la atención es entendible y completa?	80%	15%	3%	2%	0%		
13	¿Considera Ud. Que el personal le brinda buen trato?	80%	20%	0%	0%	0%		
14	¿Ha presentado algún reclamo/queja de su atención?	0%	0%	14%	17%	70%		

Fuente: Encuestas
Elaboración: Propia