

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS:

**CULTURA ORGANIZACIONAL Y CALIDAD DE ATENCION DE LOS
SERVICIOS DE SALUD EN LA RED DE SALUD II CAJAMARCA - 2017**

Para optar el Grado Académico de
MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

Bachiller: ADA MARIA DOLORES POLANCO ESAINE

Asesora:

Dra. SARA PALACIOS SÁNCHEZ

Cajamarca - Perú

2019

COPYRIGHT © 2019 by
ADA MARIA DOLORES POLANCO ESAINE
Todos los derechos reservados

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS APROBADA:

**CULTURA ORGANIZACIONAL Y CALIDAD DE ATENCION DE LOS
SERVICIOS DE SALUD EN LA RED DE SALUD II CAJAMARCA - 2017**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

Presentada por:

Bachiller: ADA MARIA DOLORES POLANCO ESAINE

JURADO EVALUADOR

Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez
Asesor

Dra. Margarita del Pilar Cerna Barba
Jurado Evaluador

Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz
Jurado Evaluador

M.Cs. Tulia Patricia Cabrera Guerra
Jurado Evaluador

Cajamarca - Perú

2019



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERU



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

ACTA DE SUSTENTACIÓN PÚBLICA DE TESIS

Siendo las 3 pm horas del día 25 de marzo de dos mil diecinueve, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, los integrantes del Jurado Evaluador presidido por la **Dra. MARGARITA DEL PILAR CERNA BARBA** y **Dra. JUANA AURELIA NINATANTA ORTIZ, M.Cs. TULLIA PATRICIA CABRERA GUERRA**, en calidad de Asesora **Dra. SARA PALACIOS SÁNCHEZ**; actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la **SUSTENTACIÓN PÚBLICA** de la tesis titulada **CULTURA ORGANIZACIONAL Y CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA RED DE SALUD II CAJAMARCA-2017.**, presentada por la Bach. en Enfermería **ADA MARÍA DOLORES POLANCO ESAINE**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó Aptas la mencionada Tesis con la calificación de 18 (Dieciocho); en tal virtud Bach. en Enfermería **ADA MARÍA DOLORES POLANCO ESAINE**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, en la Unidad de Posgrado de la Facultad de **Ciencias de la Salud**, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las 4.25 pm horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Sara Elizabeth Palacios Sánchez
Asesor


.....
Dra. Margarita del Pilar Cerna Barba
Jurado Evaluador


.....
Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz
Jurado Evaluador


.....
M.Cs. Tulia Patricia Cabrera Guerra
Jurado Evaluador

DEDICATORIA

A mis Padres; Ada y Jorge, *por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo*, y a su amor infinito para alcanzar mis objetivos propuestos.

A mi hijo Luis Gustavo, mi razón de vida, por todas las horas que pase lejos de él en busca de un sueño profesional que me permita brindarle mejores oportunidades de vida.

A mi Mama Carmela y familia, por todo su apoyo y amor infinito otorgado en todos estos años que llevo a su lado y que me han permitido seguir adelante en el cumplimiento de mis objetivos

AGRADECIMIENTO

En primer lugar quisiera agradecer infinitamente a Dios por darme la oportunidad de seguir adelante con su bendición y fortaleza para alcanzar mis objetivos.

A mis grandes maestras y amigas Dra. Sara Palacios, Dra. Margarita Cerna y a todos mis maestros, que con sus enseñanzas han permitido culminar mis estudios profesionales, brindándome su apoyo incondicional y motivación permanente en mi desarrollo profesional.

INDICE

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	xiii
CAPITULO I	1
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Planteamiento del problema.	1
1.2. Objetivos de la Investigación	6
1.3. Justificación de la Investigación.	6
CAPITULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes de la investigación	8
2.2. Bases Teóricas	19
2.3. Bases Conceptuales	23
2. 4 Hipótesis De Investigación	33
2.5 Definición Operacional de las variables	33
CAPITULO III	35
MARCO METODOLÓGICO	35
3.1. Tipo y diseño de investigación	35
3.2. Ámbito del estudio	35

3.3 Unidad de análisis, universo y muestra.	35
3.4 Muestra	36
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	38
3.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	41
3.7 Aspectos Éticos de la Investigación	41
CAPITULO IV	42
4.1 Análisis e Interpretación de los Resultados	42
4.1.1. Análisis del Usuario externo:	43
4.1.2 Análisis de la Cultura Organizacional	61
V. CONCLUSIONES	80
VI. RECOMENDACIONES	82

INDICE DE TABLAS

Tabla 01:	Usuarios Externos de los Establecimientos de Salud de la Red II según características sociodemográficas. Cajamarca .2017	43
Tabla 02:	Usuarios externos de los Establecimientos de Salud de la Red II Cajamarca según razones que determinaron acceder al servicio. 2017	46
Tabla 03:	Usuarios externos de los Establecimientos de Salud de la Red II. Según percepción de respeto ofertado por los usuarios internos. 2017	48
Tabla 04:	Usuarios externos atendidos en los Establecimientos de Salud de la Red II, según eficacia de la atención. Cajamarca.2017	50
Tabla 05:	Usuarios externos de los Establecimientos de Salud de la Red II, según Información ofertada. Cajamarca. 2017	51
Tabla 06:	Usuarios externos atendidos en los Establecimientos de Salud de la Red II, según acceso a los servicios de salud. Cajamarca 2017	54
Tabla 07:	Usuarios externos atendidos en los Establecimientos de salud de la Red II según tiempo de espera. Cajamarca 2017.	55
Tabla 08:	Usuarios externos atendidos en los Establecimientos de salud de la Red II, según Seguridad percibidas. Cajamarca 2017	57
Tabla 9:	Usuarios externos atendidos en los Establecimientos de salud de la Red II según Satisfacción Global. Cajamarca 2017	58
Tabla 10:	Trabajadores de los establecimientos de la Red II Cajamarca según nivel de Confianza de los directivos hacia los trabajadores.	61
Tabla 11:	Trabajadores de los establecimientos de la Red II según nivel de Motivación de los Directivos hacia los trabajadores. Cajamarca	62

Tabla 12: Trabajadores de los establecimientos de la Red de Salud II según nivel de Responsabilidad para alcanzar las metas de la Organización. Cajamarca. 2017	64
Tabla 13: Trabajadores de los establecimientos de la Red II según nivel de comunicación. Cajamarca.2017	65
Tabla 14: Trabajadores de los establecimientos de la Red II según nivel donde se toman las decisiones. Cajamarca. 2017	68
Tabla 15: Trabajadores de los establecimientos de la Red II Cajamarca según Metas de la organización.	71
Tabla 16: Vigilancia de las medidas internas de los trabajadores de los establecimientos de la Red II Cajamarca.2017	72
Tabla 17: Trabajadores de los establecimientos de la Red II según grado total de Cultura Organizacional Cajamarca.2017	74
Tabla 18: Correlación de variables Cultura Organizacional y Satisfacción del usuario	78

RESUMEN

La presente investigación descriptiva correlacional de corte transversal, tuvo como objetivo general Determinar la relación entre la cultura organizacional y la calidad de atención en los Centros de Salud de la Red II Cajamarca. El estudio se realizó en 105 trabajadores y una muestra aleatoria de 409 usuarios externos atendidos en 7 establecimientos de salud del primer de atención con categoría I-3 y I-4. Obteniéndose como principales resultados: respecto de la cultura organizacional, casi la totalidad de los trabajadores manifiestan que no hay confianza con los directivos, el 74% indican que predomina el miedo y amenaza; 52% refiere que la responsabilidad recae casi exclusivamente en los jefes. Para 52% hay pobre o débil comunicación y 64% manifiestan que las decisiones se toman en el nivel superior. La totalidad no son involucrados para la toma de decisiones, por lo tanto, no se sienten motivados. Desconocen cómo se establecen las metas programadas. 87%, refieren que existe una organización informal dentro de la institución; todos indican que no hay trabajo en equipo, en resumen, el 77% manifiesta que existe una cultura organizacional burocrática y hostil.

En cuanto a la calidad de atención, 50% de los usuarios externos manifiestan que le resolvieron su problema de consulta y el 52%, manifiesta sentirse satisfecho con la atención, mientras que 71% manifiesta que el personal de salud los trató con respeto y confianza. En conclusión, mientras más burocrática y hostil sea la Cultura Organizacional habrá una menor calidad de atención expresada en términos de insatisfacción. Determinándose que hay una relación directa entre las variables de estudio.

Palabras clave: calidad de atención, usuario, cultura organizacional

ABSTRACT

The present descriptive correlational cross-sectional investigation, had like general objective To determine the relation between the organizational culture and the quality of attention in the Centers of Health of the Network II Cajamarca; in 105 workers and a random sample of 409 external users served in 7 health facilities category I-3 and I-4 of the first care. Obtaining as main results: respect to organizational culture, almost all workers say that there is no trust with managers, the parties say that fear and threat predominates, the responsibility falls almost exclusively on the bosses. There is poor communication and those who make decisions are those of higher level. They do not feel motivated. They do not know how the programmed goals are established. They refer that there is an informal organization within the institution; there is no teamwork, in short there is a bureaucratic and hostile organizational culture.

In terms of quality of care, a little more than fifty percentages of external users who are respected in the care and who are satisfied with the quality of care received. it concludes, the hypothesis is corroborated where at higher risk of Organizational Culture there is a greater proportion of unsatisfied users. Determining that there is a direct relationship between the study variables.

Keywords: quality of attention, user, organizational culture

INTRODUCCIÓN

Desde el año 2002 a nivel del sector salud, el tema de calidad de atención a los usuarios cobra una vital importancia en los servicios de salud, privilegiando la atención a los usuarios externos para lo cual se establecieron estándares a nivel nacional, que a su vez significó adecuar los servicios buscando garantizar una atención de Calidad.

Aunado a esta situación se presentaron cambios importantes a nivel nacional y mundial, en relación a tendencias y modelos de atención, logrando incorporar el modelo canadiense y estadounidense en la atención de los servicios de salud, estableciéndose indicadores orientados a medir el nivel de satisfacción del usuario, colocándolo en el centro de todo el proceso de atención.

Sin embargo, se dejó de lado un elemento importante y clave dentro del procesos de atención, como es el usuario interno, quien es visto actualmente como sujeto productor de servicios, aspecto básico para evaluar desempeño del trabajador, dejando de lado la concepción misma de la importancia de la organización al interior de una institución y como las diferentes características de la cultura organizacional producto de las interrelaciones personales, institucionales pueden incidir con mucha fuerza dentro del proceso de atención.

Cabe agregar, que el perfil epidemiológico del país se mantiene en constante transición, mostrando una complejidad nosológica que profundizan el reto al sistema de salud, realidad que se evidencia en los indicadores de salud, lo que ha obligado a los gobiernos de turno a incrementar el presupuesto público en el sector salud, que implica además el incremento de personal, mejora en equipamiento e infraestructura; sin embargo el problema de insatisfacción de los usuarios externos y personal de salud con su institución, permanecen latentes..

Estos argumentos explican el porqué es importante realizar la presente investigación sobre satisfacción y cultura organizacional, que muestra los aspectos invisibles de las instituciones de salud y que van a incidir en la calidad de atención, tal como se ha encontrado en el presente estudio. Estos resultados permitirán tener una evidencia más, que va a permitir establecer estrategias y políticas a nivel sectorial que beneficie ambos usuarios y por ende entender que el proceso de atención es un proceso sistemático donde participan dos actores claves y que de este proceso se desprende un gran resultado establecido como fin supremo como es la mejora de la salud de la población con calidad.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

En la medida que avanza el tiempo, varias tendencias económicas y demográficas están causando un gran impacto en la cultura organizacional de las instituciones, sean estas pública o privadas. Estas nuevas tendencias y los cambios dinámicos hacen que las organizaciones se vean en la urgente necesidad de orientarse hacia los avances tecnológicos. Los hechos han dejado de tener relevancia local y han pasado a tener como referencia el mundo¹.

Los países y las regiones colapsan cuando los esquemas modelo se tornan obsoletos y pierden validez ante las nuevas realidades. Actualmente algunos países desarrollados como Japón, Estados Unidos, Alemania, etc. incorporan estándares de calidad en su desarrollo económico, social y cultural, que influyen como requisito de competencias y de mercadeo en un contexto actual de globalización, bajo la lógica del libre mercado. Por esta razón es muy importante tomar en cuenta a la organización dentro de un espacio laboral ya que permite integrarlos al sistema llegando a su involucramiento para el logro de resultados.

En consecuencia, los gobiernos y las instituciones están obligados a adecuarse a los cambios en su estructura, organización y funcionamiento que les permita ser más competitivos dentro del mercado globalizado, pero que su vez respondan a la realidad actual y expectativas de la población, cobrando mayor relevancia en sociedades latino americanas donde el sector salud y educación constituyen los pilares del desarrollo social, teniendo como referentes los modelos de prestación de servicios como por ejemplo el

Modelo de Atención Integral de Salud que toma diferentes denominaciones en función del país donde se implemente.

En el Perú, se implementaron modelos de oferta de servicios en salud como: PROYECTO 2000, Cooperación técnica Alemana (GTZ), Grupo NIPON, para mejorar la calidad de los mismos, desde la óptica de la satisfacción del cliente externo, lo que ha significado el desarrollo de diferentes formas de intervención, aplicadas por equipos de profesionales teniendo en cuenta las diversas culturas occidentales predominantes en el Perú, ejerciendo el control y la manera de monitorear el trabajo desarrollado por los profesionales de la salud; definiendo a la calidad más allá de la ciencia y tecnología médica, maximizando los beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos; así mismo es de vital importancia tener en cuenta la relación con los compromisos internacionales adquiridos por el Perú, como el caso de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y compromisos que deben traducirse en resultados concretos que deben ser rendidos en plazos establecidos que se caracteriza por su alta complejidad.

En este escenario, hay aspectos que resaltan en las instituciones de salud como: la propia infraestructura, sus propias políticas y normas que deben garantizar la gobernabilidad, una diversidad de profesionales que son los actores principales, los procesos de atención, entre otros y que además deben responder a estándares establecidos; todos ellos generan una dinamicidad interna muy característica y que en parte constituyen elementos de los que se conoce como, la cultura organizacional, la misma que debe estar sincronizada con los procesos que se generan al interior de una institución y que como ya se indicaba anteriormente se orientan fundamentalmente a garantizar la oferta de servicios de calidad.

Esta pluralidad, se ha constituido en un aspecto muy particular de la burocracia existente en las instituciones, especialmente en las públicas, que limita y obstaculiza la calidad de

atención en sus diferentes niveles de complejidad, que se ve traducido en lo que se entiende como satisfacción del usuario externo.

En este sentido, en su momento, Ogbonna y Wilkinson, (2003), decía que aunque la cultura organizacional es un tópico ampliamente estudiado, considerables dificultades conceptuales continúan socavando el estatus del concepto. La variedad de perspectivas teóricas desde las que la cultura ha sido estudiada en el ámbito organizativo, ha añadido (más que resolver) más confusión y complejidad alrededor del concepto.

En este sentido, los investigadores han optado por realizar amalgamas de conceptualizaciones existentes, en base a una teoría integrada de cultura organizacional; hecho que por cierto parece ser tema de discusión en países desarrollados, lo que no sucede en el nuestro, donde el objetivo está centrado en coberturas y resultados en la lógica de costo-beneficio para el prestador, que en este caso es el Estado; quedando de lado la cultura organizacional que, por ser multidimensional, esta debe ser objeto de planificación, que permita la sistematización de experiencias, capacite a los profesionales y los motive dentro de un ambiente que facilite el aprendizaje creativo, generando confianza mutua entre los miembros del equipo de salud, mayor libertad académica y de investigación, más tiempo disponible para diseñar, reflexionar críticamente e innovar, a través de la participación democrática grupal (Pedraza-Álvarez L, 2015)

Estas argumentaciones, en parte van a tratar de explicar la calidad de atención en salud, que se ha constituido en el aspecto central de las políticas de salud. Sin embargo, esta expresión conceptualmente es subjetiva, desde que tiene que ver con la percepción y apreciación, que será muy variada, dependiendo de una serie de particularidades de cada individuo que es atendido en los servicios de salud, y que en el Perú, constituye un indicador vital para explicar en parte la capacidad resolutoria de los establecimientos de

salud; aspectos tratados en todas las reuniones de evaluación de los servicios de salud ya sea semestral o anual, con el agravante de que este indicador es evaluado por los propios prestadores del servicio, convirtiéndose así en juez y parte, hecho que puede desvirtuar y hacer tendencioso el resultado.

En este escenario, las organizaciones o grupo de servidores públicos, son la expresión de una realidad cultural, que están llamadas a vivir en un mundo de permanente cambio, tanto en lo social como en lo económico y tecnológico, o por el contrario, como cualquier organismo, encerrarse en el marco de sus límites formales.

En ambos casos, esa realidad cultural refleja un complejo de valores, creencias, ideas, sentimientos y voluntades de una comunidad institucional que afectan el logro de los objetivos de la organización muy a pesar de que actualmente se ha incrementado el presupuesto inicial de apertura del sector salud de S/. 86'571,597 en el 2010 a S/. 274'097,809 en el 2018, según fuente de financiamiento de Recursos Ordinarios, para infraestructura y equipamiento moderno, mejora en la brecha de recursos humanos y actividades; sin embargo, la situación de la salud no evidencia mejoras en los indicadores socios sanitarios.

A nivel Regional, se han venido realizando esfuerzos por iniciar algunas intervenciones en la calidad en salud, como es el caso del Centro de Salud de San Marcos, en la cual se encontró que 4 de cada 10 pacientes se mostraban insatisfechos por la atención recibida, las cuales fueron medidas por encuestas estructuradas por el mismo personal de salud, con las limitaciones técnicas y científicas del caso, pero de mucha importancia para el personal de salud, ya que a raíz de esta iniciativa se realizaron intervenciones tanto para fortalecer al usuario externo, como para mejorar los procesos de atención en el establecimiento de salud, así como mejorar el clima organizacional entre los usuarios internos².

En el contexto local, la calidad en salud, se la define a la luz de las normas técnicas de los usuarios internos y de las expectativas de los clientes externos, tomando en cuenta parcialmente el contexto socio cultural.

Actualmente, a nivel de la Red Cajamarca II se viene trabajando en temas de Calidad, con la finalidad de adecuarse a la modernización del sector, optimizando los recursos para mejorar la calidad de los servicios y así satisfacer las necesidades de los usuarios; sin embargo en la práctica no se observa el cumplimiento de los estándares planteados en la norma, lo cual se corrobora con las quejas verbales y escritas por parte de los usuarios y población en general mostrando su descontento en relación a la calidad de atención que se brindan en los servicios de salud, agravada en parte por la saturación de los servicios y poca capacidad de repuesta de los mismos, poniendo en tela de juicio la organización y funcionamiento al interior de las instituciones, donde los trabajadores deben responder a la presión institucional, priorizando la cobertura de atención y productividad sin considerar la calidad en la atención a la población y mucho menos la de los trabajadores.

Por esta razón, es importante conocer si la cultura organizacional producto de la convivencia diaria de los trabajadores, servidores públicos u organización se encuentra involucrado con los objetivos de la institución que en este caso se reflejaría en la calidad de atención de los Servicios de Salud. Lo que permite la formulación de las siguientes preguntas:

¿La cultura organizacional está relacionada con la calidad de atención de los servicios, expresada en términos de satisfacción de los usuarios externos de la red II Cajamarca?

¿Cuál es el nivel de satisfacción de los usuarios externos atendidos de los centros de salud de la Red de Salud II Cajamarca?

¿Cuál es el nivel de la cultura organizacional de los centros de salud de la Red de Salud II Cajamarca?

1.2 Objetivos de la Investigación

General:

- Determinar la relación entre la cultura organizacional y la calidad de atención expresada en términos de satisfacción de los usuarios externos en los Centros de Salud de la Red de Salud II Cajamarca.

Específicos:

- Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios externos de los Centros de Salud de la Red de Salud II-Cajamarca.
- Identificar el nivel de la Cultura Organizacional de los Centros de Salud de la Red de Salud II- Cajamarca.

1.3 Justificación de la Investigación.

El tratar de responder a las demandas sociales de la población con enfoque de calidad, se propone aplicar principios como, orientación hacia la satisfacción de las necesidades y cultura organizacional que garanticen mejoras en la atención de la demanda en los servicios de salud.

A nivel nacional y local se ha advertido una serie de dificultades como el maltrato al usuario, insatisfacción del personal de salud y usuario externo, lo cual explica en parte los indicadores negativos de la situación sanitaria del país y la región.

El enfatizar en la calidad en los servicios de salud, no sólo depende del equipamiento e infraestructura sino que también involucra la organización interna priorizando al recurso humano como base fundamental del desarrollo y mejora de los procesos en la calidad de

atención.³ Situación que en el caso de los servicios de salud de la red de Salud II de Cajamarca, no se visualiza, ya que indirectamente se refleja en indicadores de calidad de atención que llegan a menos del 60% de usuarios externos promedio mínimo de acuerdo a los estándares establecidos.

Estos aspectos explican la importancia de la presente investigación que ha permitido conocer cómo la organización piensa y opera; considerándola como un proceso flexible ante los cambios introducidos por la organización; una estructura plana, reducida a la mínima expresión que permita crear un ambiente de trabajo y satisfaga a quienes participen en la consecución de los objetivos organizacionales; un sistema de recompensa e incentivos basado en la efectividad del proceso donde se comparte el éxito y el riesgo; y un equipo de trabajo participativo en las acciones de la organización dentro de la construcción de un Sistema Nacional de Gestión de la Calidad en Salud.⁴

Por lo tanto, los resultados de la presente investigación constituyen una evidencia científica para los gestores y decisores de los servicios de salud de la Región de Cajamarca, que sin duda deben traducirse en planes de mejora continua, así como plantear políticas orientadas a fortalecer la cultura organizacional del sector.

Además, estos resultados van a contribuir con el ordenamiento de la estructura institucional y mejora del sistema de gestión.

De igual manera los resultados pueden ser considerados como fuente de consulta para futuros trabajos de investigación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

A nivel nacional e internacional son pocos los estudios relacionados a la cultura organizacional relacionado con la calidad de atención del servicio en establecimientos de salud del primer nivel de atención, los que tienen como objeto de estudio la prestación del servicio con enfoque de resultado, siendo importante resaltar que las escasas investigaciones que relacionan las variables del presente trabajo han sido realizados en centros hospitalarios de alta complejidad por esta razón se tienen en cuenta una data desde 1992 a la fecha.

Araujo, SME (1992), en un estudio realizado en el Instituto Nacional de Rehabilitación, del Ministerio de Salud (MINSa), del cuarto nivel de complejidad de atención, sobre Implantación de la Calidad en los Servicios de Salud, considerando como criterios de calidad la accesibilidad a los servicios específicamente a la población con discapacidad, obteniéndose como resultados: escasa accesibilidad de la población; escasa comprensión del problema de discapacidad por los servicios de salud; pocos especialistas en rehabilitación y escasa investigación de los factores de riesgo de discapacidad entre los más resaltantes.

Otero, JF (1997), en un estudio sobre Implantación de la calidad total en la Clínica Ricardo Palma, se observó que la participación del sector privado se reduce a un 2.5%, por lo que se ha retrocedido en los últimos años para lo cual habían conceptualizado a la Calidad Total como el complemento de la Calidad de acceso, calidad de trato, calidad de tratamiento y la calidad del costo. Por lo tanto, los resultados del estudio ha sido mejorar

cobertura de atención. En cada una de ellas se hicieron un diagnóstico y luego las intervenciones necesarias para la corrección de los problemas, buscando además de la satisfacción del usuario, la permanencia de la organización y por supuesto la prosperidad de la misma, a través de un estudio experimental utilizando instrumentos del Ministerio de Salud como encuesta de satisfacción del usuario externo, paciente guía, a través de los cuales se obtuvieron tiempos reales y problemas en la atención por lo a través de los resultados se realizaron procesos de mejora continua que ha permitido mejorar la calidad de atención a nivel del hospital.

Hernández, Junco V. *et al* (2008), en el estudio sobre Influencia de la cultura organizacional en la calidad del servicio en el Hospital "Mario Muñoz Monroy", aborda la influencia de la cultura organizacional en la calidad del servicio hospitalario. En una muestra aleatoria estratificada por afijación proporcional para clientes externos (pacientes, familiares) e internos (médicos, enfermeros). Se destacan aspectos de la cultura organizacional que favorecen el logro de los retos que enfrentan las instituciones hospitalarias y la elevación de indicadores de calidad que deben ser mejorados, así como los aspectos de cultura que pudieran convertirse en barreras para el desempeño exitoso del centro, de no atenderse con prioridad por la dirección del centro con la implicación de todos los trabajadores, además de algunas líneas de actuación. Concluye que la cultura organizacional reinante en la entidad permite enfrentar los retos y la elevación de la calidad de la asistencia hospitalaria.

García, CMÁ *et al* (2010), en la Universidad Piloto de Colombia, Bogotá se realizó el estudio sobre Construcción de la cultura de calidad en un hospital público a partir de la gestión humana: tensiones y paradojas; donde el objetivo de este estudio fue indagar acerca del significado del discurso de calidad en un hospital público de Bogotá y,

particularmente, el papel que juega la gestión humana en la construcción de la cultura de calidad, con el fin de vislumbrar los intereses a los que responde este discurso y las tensiones que suscita. Se realizaron entrevistas a profundidad a trabajadores del área asistencial (médicos, enfermeras, camilleros), trabajadores del área de Gestión Humana (Gerente de Talento Humano y Coordinador de Bienestar) y al Coordinador de Calidad. Una vez transcritas las entrevistas, se identificaron categorías en cada una de ellas y se triangularon los datos a través de matrices de sentido (Bonilla & Rodríguez, 1997) obteniendo como resultado que el discurso de calidad responde a una lógica económica-administrativa, cuyas medidas y categorías legitiman un modelo de salud basado en el mercado y con esto se evidencia el papel de la gestión humana –a través del uso de técnicas psicológicas- en la reproducción de este modelo.

Morales, MFF (2014), en el estudio sobre La cultura organizacional en relación a la calidad de servicio al cliente del personal de la Tablita Group Cía. Ltda, tuvo como objetivo fundamental conocer los factores de la cultura organizacional y su relación con el servicio al cliente. Se trata de una Investigación correlacional, no experimental, llegando a la conclusión que si existe relación de la cultura organizacional con el servicio al cliente.

Ishihara, JO (2014), en una Experiencia Nacional en el Uso de Herramientas de la Calidad en el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), uno de los grandes problemas y más delicados en los Servicios de Salud, es el servicio de diálisis, cuyo costo operacional es sumamente elevado y no se brindaba calidad de vida a los pacientes. Se utilizaron una serie de herramientas de la calidad que sirvieron para levantar información en un primer momento y luego para definir las intervenciones a través de un plan de contramedidas o mejora continua, que incluía el despliegue de políticas, la misión y visión del servicio, las

estrategias, el liderazgo gerencial, las metas, la administración de los procesos y la administración de los recursos humanos Auditoría Médica Interna en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Marzo del 2000, se trata de manejar el uso de instrumentos que ayuden a manejar procesos de auditoría con lo cual se pretende mejorar la Calidad de Atención en dicho hospital.

Chumpitaz, QJI. (2014). El estudio tuvo como objetivo, determinar la cultura organizacional de la profesión de enfermería actual y deseada por las enfermeras del Hospital Nacional "Luis N. Sáenz" Policía Nacional del Perú: 2010, según la tipología cultural de Harrison orientada al poder, rol, tarea y persona. Para la investigación se utilizó el enfoque cuantitativo, método descriptivo, corte transversal. La muestra aleatoria estuvo constituida por 134 enfermeras asistenciales, estratificada por cada servicio del hospital, también participaron 19 enfermeras directivas, obteniéndose 153 participantes. Para la recolección de datos se aplicó el cuestionario de la Ideología Cultural de Roger Harrison que se fundamenta en cuatro conceptos: poder, rol, tarea y persona, está compuesto por quince características, cada una de las cuales incluye cuatro alternativas de respuestas relacionado con una tipología particular. El instrumento fue validado con la prueba piloto y la confiabilidad se obtuvo a través del Coeficiente Alpha de Cronbach y el método de Kudery Richardson. Se concluyó que la Cultura Organizacional Actual está orientada al poder y al rol, la Cultura Organizacional Deseada está orientada a la tarea y a la persona. Recomendándose realizar un estudio de la cultura organizacional con el enfoque cualitativo.

Núñez, ZG.E. (2015), la investigación que tuvo como objetivo, determinar la Influencia de la cultura y clima organizacional en la satisfacción de la atención percibida por los usuarios de consulta externa del Hospital Nacional Carlos Alberto Según Escobedo Es

Salud. Se estudió una muestra representativa de 84 trabajadores y 225 usuarios externos aplicando en los trabajadores escalas para valorar la cultura y el clima organizacional, y en los usuarios externos la satisfacción con la atención. Obteniendo como resultado que los componentes de la cultura organizacional mostraron una apreciación predominante positiva, con un nivel de cultura organizacional alto en 67,86% de trabajadores y como medio en 32,14%. Los trabajadores consideran que el nivel del clima organizacional fue alto en 71,43% y de nivel medio por el 28,57% de trabajadores. En los usuarios, hubo una buena percepción acerca de todas las dimensiones de satisfacción, siendo ésta mala en solo 4,44%, regular en 15,56%, y buena en 80%. La relación entre la satisfacción y la cultura y clima organizacional fue moderada (coeficiente de contingencia $> 0,20$). Concluye que el servicio de consulta externa tiene un nivel alto de cultura organizacional y de clima laboral; y la calidad de atención es percibida como buena por los usuarios, con influencia moderada de la cultura y clima en la satisfacción con la atención.

Pérez-Larrazabal, J; *et al* (2015), En el estudio sobre Influencia de la cultura organizacional de las unidades de enfermería en la intención de permanencia y las conductas de ciudadanía: un estudio multimuestra, se propone clarificar la relación de la cultura organizacional, la intención de permanencia y las conductas de ciudadanía organizacional de los profesionales de enfermería que se han incorporado a sus Unidades en los últimos doce meses. Para ello se comparan las percepciones de la cultura organizacional de los novatos con las de sus compañeros veteranos. El estudio se ha llevado a cabo con dos muestras de profesionales de enfermería españoles. La primera muestra la conforman 376 profesionales veteranos y la segunda está constituida por 162 profesionales novatos recientemente incorporados a las mismas Unidades de enfermería. En la medición de la cultura de los grupos se calcula un índice intergrupar en orden a distinguir entre grupos con cultura fuerte y con cultura débil. Se postula que el poder

predictivo de la cultura sobre los resultados variará entre los grupos en función de que posean culturas fuertes o débiles y, para confirmarlo, y se aplica un análisis de regresión jerárquica. Los resultados se discuten en orden a la consideración de nuevas líneas de investigación. Los resultados arrojan algo de luz sobre la influencia de los factores grupales y organizacionales que afectan a las actitudes y al desempeño de los profesionales de enfermería en las Unidades hospitalarias.

Restrepo Q.E. (2015). En el estudio sobre La cultura organizacional y su influencia en la implementación de los sistemas de información en instituciones de salud: revisión de la literatura, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define que un Sistema de Información en salud (SI) que funcione bien, es aquel que asegura la producción, análisis, difusión y el uso confiable y oportuno de la información para la toma de decisiones. A través de diferentes motores de búsqueda se identificaron 82 documentos para incluir en esta revisión. Obteniendo como resultado, 39 elementos que influyen en el proceso de implementación de SI en instituciones de salud fueron identificados y clasificados según el modelo descrito por Allaire & Firsirotu. De estos, 25 elementos organizacionales se relacionaron con el Sistema Socio estructural a través del cual se fundamentan y materializan los intereses de la organización con respecto a la introducción de una nueva TI, 7 elementos organizacionales se clasificaron con el Sistema Cultural ya que se relacionaron con las creencias, valores y comportamientos de aquellos que usan los SI y llevan a cabo su implementación y 4 elementos organizacionales se relacionaron con el Individuo quien es un agente activo que posee personalidad, conocimientos y expectativas y que a través de sus actitudes da cuenta de sus percepciones sobre las acciones tomadas por la institución durante la aplicación del SI. Adicionalmente, se identificaron 3 elementos externos relacionados con el entorno del sector salud que inciden en las acciones que la organización puede tomar con respecto a la implementación de SI. Todos

estos elementos deben ser considerados, evaluados y gestionados de forma temprana y la interacción evidenciada entre estos implica que deben ser tenidos en cuenta en conjunto dentro de la implementación de SI con el fin de obtener beneficios óptimos.

Calle, EA (2016), en el estudio sobre Características de la cultura organizacional y el nivel de la calidad de atención en los Servicios de Enfermería en el Hospital Hugo Pesce Pescetto de Andahuaylas, se hace uso de factores muy importantes, como la utilización de la metodología de la investigación científica, el empleo de conceptualizaciones, definiciones y otros, en cuanto al marco teórico y el trabajo de campo; con respecto a la parte metodológica, fundamentalmente se empleó la investigación científica, el mismo que sirvió para desarrollar todos los aspectos importantes de la tesis, desde el planteamiento del problema hasta la contrastación de la hipótesis. El aporte brindado por los especialistas relacionados con cada una de las variables: cultura organizacional y calidad de atención, el mismo que clarifica el tema en referencia, así como también amplía el panorama de estudio con el aporte de los mismos; respaldado con el empleo de las citas bibliográficas que dan validez a la investigación. Como resultado, en lo concerniente al trabajo de campo, se encontró que la técnica e instrumento empleado, facilitó el desarrollo del estudio, culminando esta parte con la contrastación de las hipótesis. Finalmente, los objetivos planteados en la investigación han sido alcanzados

Tuesta, JAP (2016), en el estudio sobre Influencia de la cultura organizacional en la Calidad de atención del servicio del personal Administrativo de la universidad nacional de San Martín – Tarapoto. Las personas son el elemento central de la Administración Pública, por lo que cualquier proceso de transformación debe apalancarse sobre la gestión avanzada de sus recursos humanos. El trabajo de investigación propone la práctica de la calidad en la atención al servicio como una herramienta valiosa de manejo empresarial de

tal manera que posibilite la mejora continua en el trato del personal de la UNSM-T con sus usuarios. El estudio diagnostica y describe la calidad de atención que imparten los servidores administrativos en nuestra primera casa de estudios superiores, el mismo que se realizó mediante la recopilación de datos obtenidos tanto al interior de la universidad así como en el exterior de la misma, se ha realizado el análisis e interpretación de los principales indicadores a la gestión y se determinó la existencia de una buena cultura organizacional como condicionante para la existencia de una buena calidad de atención.

Arboleda, GIP & López, JMR, (2017), en el estudio sobre Cultura organizacional en las instituciones prestadoras de servicios de salud del Valle de Aburrá teniendo como Objetivo identificar la percepción que tienen los empleados del sector salud acerca de la cultura organizacional en las instituciones públicas y privadas en el Valle de Aburrá, Colombia, para lo cual se realizó un estudio cuantitativo, de corte transversal, se aplicaron encuestas a 224 empleados de instituciones prestadoras de servicios de salud de mediana y alta complejidad obteniendo como resultado que el 79% de los investigados manifestaron que en la institución existen mecanismos para evaluar inquietudes, dudas e ideas, especialmente en las instituciones públicas y de alta complejidad, que el 44% declaró tener excelente comunicación con sus superiores y compañeros de trabajo y que el 62% asumió positivamente el cambio en los procesos institucionales, con mayor participación para el sexo femenino.

Silva, MRT (2017), la investigación sobre Cultura organizacional y la calidad de atención en el servicio del hospital Vitarte, tiene como objetivo averiguar la relación posible entre la cultura organizacional y calidad de atención del servicio en el hospital vitarte. Ate 2017. La tesis se encuentra fundamentada en el enfoque cuantitativo, básico y clasificado como descriptivo correlacional. La población la conforma los usuarios de los servicios de

medicina interna, cirugía, pediatría, gineco - obstetricia del hospital vitarte, siendo la población de marzo último de 7991 usuarios aproximadamente. La información recabada de los elementos muestrales se realizó a través de la encuesta que es la técnica y el cuestionario. Los instrumentos resultaron válidos en su contenido bajo opinión de expertos, y confiables donde el índice de fiabilidad fue superior al valor teórico establecido para instrumentos que miden percepciones y expectativas. Dentro de sus principales conclusiones tenemos que existe una relación positiva y alta (Rho de Spearman = 0,707) entre la cultura organizacional y la calidad de atención en el servicio de medicina interna, cirugía, pediatría, gineco - obstetricia del hospital vitarte, Ate, 2017. Por tanto, la hipótesis general ha sido corroborada.

Estos son algunos de los trabajos más relevantes en el ámbito nacional, con los cuales se pretende objetivar el interés por aspectos de la Calidad en sus diferentes dimensiones y aristas tanto en las áreas públicas como privadas. Y se adicionan otras referencias que se considera importantes para el estudio:

Algunas Experiencias Regionales

Es importante mencionar el Programa de Capacitación Materno Infantil – PROYECTO 2000-MINSA, focalizado sobre todo a fortalecer la calidad de atención en el área materno infantil tanto en los establecimientos de primer nivel como en hospitales del MINSA, incorporando el enfoque de calidad, dichos programas estuvieron orientados a buscar eficiencia en el sector básicamente en el área materno infantil y como a partir de procesos de mejora se busca mejorar la calidad de atención.

A nivel regional se han tenido algunas experiencias en relación con la calidad, que han pasado por mejorar algunos procesos como adecuación cultural hasta satisfacción del usuario sin embargo han sido experiencias puntuales que no han logrado la integralidad de la atención en el servicio de salud.

EXPERIENCIA PREVIAS	¿COMO ERA ANTES?	¿QUIÉN MOTIVO?	¿QUÉ SE LOGRO?	¿QUÉ QUEDA?
MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD DISA CAJAMARCA	<p>Atención básicamente intramural.</p> <p>Servicios segmentados, no había atención integral.</p> <p>Poca participación de la comunidad en el servicio.</p> <p>Desconocimiento de las necesidades de salud de la demanda. Personal desmotivado para la atención en Salud.</p>	<p>Proyecto APRISABAC</p> <p>Personal con iniciativa e innovación para mejorar los servicios de salud en atención a la población.</p>	<p>Contar con un modelo de atención que organiza los servicios por componentes.</p> <p>I. Gestión de los servicios.</p> <p>II. Prestación de los servicios:</p> <p>Salud individual.</p> <p>Salud Colectiva.</p>	<p>Gran % de los servicios organizados por componentes.</p> <p>Se ha optimizado los recursos de acuerdo a los componentes</p> <p>REDES de salud que han adecuado el modelo de acuerdo a su realidad.</p>
PILOTO DE CALIDAD C.S SAN MARCOS	<p>Servicios no organizados para dar atención.</p> <p>Demora en la Atención.</p> <p>No Uso de protocolos de atención.</p> <p>Se desconocía lo que pensaba el Usuario de los servicios de salud.</p> <p>Falta de medicamentos.</p>	<p>Equipo Técnico del C.S San Marcos.</p>	<p>Servicios organizados integralmente para dar atención.</p> <p>Monitoreo periódico de la opinión del Usuario Externo para tomar decisiones en beneficio del mejoramiento del Trabajo.</p> <p>Establecimiento e implantación de PMC. Personal Involucrado. Se da inicio al manejo de protocolos de atención.</p>	<p>Un Establecimiento de salud que ha ganado la confianza del usuario. Pero que necesita estar continuamente Evaluándose para mejorar en función de las necesidades percibidas por el usuario.</p>
ADECUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD. ÁREA MATERNO.	<p>Ambientes donde se daba la atención a la gestante no contaban con las condiciones : Privacidad , Comodidad ,etc..</p> <p>En relación a la posición de la atención del parto para muchas de las gestantes es incomoda.</p> <p>El Maltrato. Uso de ropa Inadecuada.</p> <p>No se tomaba en cuenta las costumbres en la atención del parto que se dan en la comunidad.</p>	<p>Equipo técnico de los Establecimientos de Salud. Frente a las bajas coberturas de la atención de parto, y desconfianza de las gestantes para ser atendidas por el personal de salud.</p>	<p>Se incrementa la atención de parto en establecimiento de Salud.</p> <p>Acondicionamiento de ambientes (Abridados, Cómodos, Privados)</p> <p>Se dio la opción de decidir qué posición tomar para dar a Luz(de cuclillas, Acostada en camas bajas o en el suelo o en camilla).</p> <p>Se toma en cuenta algunos rituales a la gestante en el momento del parto tales como : Ofrecerles mates calientes, Batas cómodas, no descubrir las.</p>	<p>Ambientes adecuados para la atención de la Gestante.</p> <p>Personal de Salud buscando constantemente, iniciativas para brindar un servicio adecuado a los requerimientos de las gestantes.</p>

<p>FICHA DE INDICADORES DE CALIDAD</p>	<p>No se tenía un instrumento que permita organizar en función de una atención de calidad.</p> <p>No se evaluaban los servicios ni se determinaba el grado de atención de calidad que se brindaba.</p> <p>No se contaba con información periódica para valorar la continuidad de la atención de calidad del servicio.</p>	<p>Red San Marcos trabaja una ficha de la atención de Calidad que permite evaluar a los E.S. de su ámbito organizado para brindar atención de calidad en algunos parámetros más importantes, categorizando a los E.S. en deficientes, Regulares y Buenos para la atención de Calidad.</p>	<p>Contar con monitoreo permanente del proceso de calidad en los establecimientos de salud.</p> <p>Evaluar y elaborar un PMC en función a la calificación obtenida en la Ficha de calidad.</p>	<p>Algunos Es. todavía cuentan con la ficha de atención de Calidad. Algunos E.S. Utilizan la Ficha de Calidad.</p> <p>Conocimientos concretos de aplicar calidad en los servicios.</p>
<p>CERTIFICACIÓN DEL PERSONAL DE LA DISA(PSBPT) 1999 –2000</p>	<p>Personal de Salud no tiene el hábito de la lectura y la Auto capacitación y escasa educación en servicio.</p> <p>Escasa bibliografía en los establecimientos. No se garantizaba las réplicas de capacitaciones a personal de Salud.</p> <p>Escasa educación continua con todo el personal del servicio. No se había implementado las unidades de capacitación en las redes y establecimientos de Salud.</p>	<p>Ministerio de salud- PSBPT a través del Área de capacitación. Y certificación del personal.</p>	<p>Personal con capacitación Continua en el servicio.</p> <p>Reuniones periódicas de capacitación con todo el personal de Salud. Personal de salud contó con material bibliográfico para auto capacitarse. Presencia de tutoras de capacitación que facilitaron el proceso de Aprendizaje y Evaluación.</p> <p>Se logró evaluar al 100% de personal de salud básica incluido personal nombrado para determinar si certifico o no.</p>	<p>Bajo porcentaje de personal que tiene la iniciativa de auto capacitarse.</p> <p>Instaladas las unidades de capacitación, con sus centros de recursos por redes.</p> <p>Tutoras capacitadas.</p> <p>Algunos establecimientos capacitándose en servicio.</p>
<p>EVALUACIÓN DEL PERSONAL DE PSBPT-2000.</p>	<p>Personal del PSBPT sin evaluación durante los años de servicio (1994).</p> <p>Renovación de Contratos sin criterio.</p>	<p>Equipo PAAG – Cajamarca, directiva del PAAG 001 donde establece evaluación semestral del personal del PSBPT.</p>	<p>Establecer la calidad de personal de los servicios.</p> <p>Motivar al personal que tiene las mejores calificaciones.</p> <p>Descentraliza las evaluaciones a las REDES con supervisión DISA.</p>	<p>Redes todavía manejan varios criterios de la evaluación para contratación y rotación de personal. Todas las redes seleccionan y evalúan a su personal.</p> <p>Redes tiene conocimiento de las necesidades de RR.HH en su ámbito.</p>

Las experiencias implementadas a nivel regional, ha permitido desarrollar procesos de atención basándose en la atención primaria de salud, hecho que permitió establecer estrategias a nivel nacional en la atención primaria de salud, incorporando conceptos de calidad poniendo al usuario en el centro de la atención remarcando procesos de adecuación cultural y calidad, que en su momento han permitido mejorar la calidad de atención del servicio, fortaleciendo la mística de trabajo para alcanzar los objetivos institucionales. Es contradictorio manifestar que frente a una gran experiencia durante la permanencia de estos programas y proyectos se mejoró en estos temas pero, al culminar su implementación los procesos no fueron sostenibles motivo por el cual se evidencian algunos problemas en dichos servicios.

2.2. Bases Teóricas

Las bases teóricas consideradas en el presente trabajo de investigación constituyen el marco conceptual de las políticas públicas del proceso de atención por el ente rector del sector salud, los cuales se visibiliza en los diferentes documentos de gestión, las mismas que a su vez sirven para la fundamentación de la presente investigación

2.2.1 Calidad como fin social⁵

Como tal sintetiza y plasma el principio de la calidad de vida, expresión fundamental de la condición y el desarrollo humano, del cual la calidad de la atención de la salud es un aspecto.

Expresa el sentido de la calidad desde la lógica del derecho irrenunciable del hombre a ser cada vez más humano, involucra entonces la perspectiva humana tanto a prestadores como a usuarios.

Si la calidad no se ubica en este plano, las acciones de mejora pueden ser superficiales y no sostenibles, quedando como un barniz de calidad.

2.2.2 Calidad como expresión de modernidad⁴

Considerada como “proyecto cultural inconcluso” que da cabida a la emancipación del hombre de la tradición en su sentido de carga hostil y que obstaculiza el desarrollo humano pleno y satisfactorio.

Transita desde parámetros tendientes a buscar y reforzar las “regularidades” en la salud y la atención sanitaria, es decir todos aquellos aspectos que homogenizan, para avanzar hacia la preeminencia del sujeto y sus diferencias, Se recoge lo diverso y heterogéneo en necesidades, intereses, motivaciones, expectativas, deseos, etc. De este modo, se instalan los principios de ciudadanía en salud y su expresión en deberes y derechos en salud, la aceptación libre consentida e informada de la atención, asimismo, busca establecer el diálogo intercultural como la modalidad de relación social basada en el respeto de las diferencias.

Es decir, arriesgarse a dar pasos de manera creativa de la mano con la modernidad para ofrecer un mejor servicio a los usuarios y usuarias, basado en la calidad.

2.2.3 Calidad como enfoque gerencial⁴

Recoge y avanza sobre la perspectiva estratégica en la gerencia moderna. Vale recordar que la concepción estratégica significó un salto cualitativo para la gerencia moderna pues le permitió avanzar el reconocimiento del “otro” como elemento fundamental en la “reinención” de la organización moderna, sea este otro, un aliado o un oponente, un usuario o un proveedor, la competencia, los clientes internos o las instancias reguladoras; esto obligó a “reinventar” las organizaciones bajo la estrategia que dio por llamar “de afuera hacia adentro”.

El enfoque de calidad da significado a este “otro” lo precisa en su diversidad, lo reconoce complejo, voluble y cambiante en sus necesidades, intereses, motivaciones y expectativas. Se trata precisamente de alcanzar un peldaño más en la gerencia estratégica que tenga como paradigma la calidad, por eso tal vez el nombre más adecuado sea el de Gerencia Estratégica hacia la Calidad

2.2.4 Calidad como estrategia de desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud.⁶

El paradigma de la calidad facilita la construcción de un espacio de renovación del contrato social entre la población y los servicios de salud representados por sus trabajadores y directivos, que se constituya en punto de partida para la puesta en marcha un conjunto variado de técnicas e instrumentos destinados a mejorar la provisión de los servicios de salud

- De transporte y movimientos
- De tiempos muertos
- De stocks innecesarios
- De espacio
- De actividades que no aportan valor
- De fallos de calidad
- De conocimiento

2.2.5 Calidad en Salud

El grado de calidad es la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.”

- Este Concepto nos expresa la importancia de incorporar la calidad en Salud, con la finalidad de garantizar una atención de acuerdo a la necesidad del usuario, con el mayor número de beneficios para éste, disminuyendo por lo tanto el riesgo.
- Los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable, de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud.
- Cabe señalar 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. De igual manera, cuando se habla de “usuarios” no se refiere únicamente a los pacientes sino también a sus acompañantes.
- También podemos señalar que es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.

2.2.6 La teoría positiva de las instituciones en el proceso de la Cultura Organizacional

El neo-institucionalismo también ha emergido en el campo de la política, en reacción a concepciones de conducta política de carácter atomístico, no solo por su visión de la acción como producto de individuos racionales orientados a metas, sino también por concepción abstracta y asocial de los contextos en los cuales esos objetivos son perseguidos. La teoría positiva de las instituciones se ocupa de la toma de decisiones política, especialmente, de los modos en que las estructuras políticas o instituciones modelan tales decisiones. Este enfoque complementa al del neo-institucionalismo económico su esfuerzo por vincular los intereses de los actores con los emergentes políticos.

El nuevo institucionalismo, en la teoría organizacional, se concentra en las estructuras organizacionales, y en los procesos, tomando como punto de partida la homogeneidad de prácticas y acuerdos encontrados en el mercado laboral, en las escuelas, en los estados, en las corporaciones. La naturaleza constante y repetitiva de la mayor parte de la vida organizada es explicable, no solo por referencia a actores individuales que buscan maximización, sino porque se da por segura su calidad y por su reproducción en estructuras que son, de cierta manera, auto-sostenibles. Los arreglos institucionales son soluciones adaptativas a los problemas de oportunidad, información imperfecta, y costos de monitoreo.

Los teóricos organizacionales no prefieren modelos basados en la elección, sino los que se basan en expectativas dadas por seguras, asumiendo que los actores asocian ciertas acciones con ciertas situaciones siguiendo la regla de que son “apropiadas”; expectativas que fueron incorporadas en los procesos de socialización, educación, aprendizaje en la tarea, o aceptación de convenciones.

2.3. Bases Conceptuales

2.3.1 Cultura Organizacional

Delgado (1990) sostiene que la "Cultura es como la configuración de una conducta aprendida, cuyos elementos son compartidos y transmitidos por los miembros de una comunidad"

Schein (1988) se refiere al conjunto de valores, necesidades expectativas, creencias, políticas y normas aceptadas y practicadas por ellas. Distingue varios niveles de cultura, a) supuestos básicos; b) valores o ideologías; c) artefactos (jergas, historias, rituales y decoración) d; prácticas. Los artefactos y las prácticas expresan los valores e ideologías gerenciales. A través del conjunto de creencias y valores compartidos por los miembros de una organización, la cultura existe a un alto nivel de abstracción y se caracteriza

porque condicionan el comportamiento de la organización, haciendo racional muchas actitudes que unen a la gente, condicionando su modo de pensar, sentir y actuar.

Según Schein la Cultura Organizacional cumple funciones básicas como: La adaptación externa al medio que le rodea, con el fin de lograr la supervivencia.

-Misión y estrategia: logro de una comprensión común de la misión central, la meta primordial, y las funciones manifiestas. Desde que los miembros de una empresa desarrollan un concepto compartido sobre su propia misión y desde que este permite al grupo sobrevivir en su propio entorno, pasa a ser un elemento central de esa cultura del grupo y a constituir el contexto subyacente sobre el cual pueden especificarse las metas y los medios para alcanzarlas.

Metas: desarrollo de un consenso sobre las metas, como derivado de la misión central. Cuando esto ocurre, el grupo necesita un lenguaje común y presunciones compartidas sobre las operaciones lógicas básicas que permiten pasar de algo tan abstracto o general como la misión a metas tan concretas como el diseño, la fabricación y la venta de un producto o servicios efectivos, conforme a límites de costes y tiempo específicos acordados.

Medios: desarrollo de un consenso sobre los medios que sirvan para alcanzar las metas, como la estructura de la empresa, la división del trabajo, el sistema de recompensas, y el sistema de autoridad. Es decir, la estructura interna que se desarrolle, así como la manera en que se reparten papeles, recursos, y tareas, reflejarán en última instancia las intenciones para el exterior de los fundadores, y la dinámica interna de los miembros. La medición, implica desarrollo de un consenso sobre los criterios para medir el desempeño del grupo en el cumplimiento de sus metas, verbigracia los sistemas de información y control.

Desde que el grupo comienza a funcionar, debe haber un consenso sobre la manera de juzgar el propio rendimiento, con el fin de saber qué tipos de medidas correctoras cabe adoptar cuando las cosas no marchan como se esperaba.

Corrección: desarrollo de un consenso sobre los remedios o estrategias correctoras que conviene aplicar en el caso de que no se alcancen las metas. Atañe lo que se debe hacer cuando se necesita un cambio y al cómo conseguirlo. El consenso en este tema es un factor decisivo para la eficacia del estilo de la compañía. Las situaciones críticas revelan si las subculturas laborales se han instituido con la tendencia de restringir la producción y frenar las propuestas de mejora de la dirección o si apoyan las metas productivas.

Stewart (1992) "Ningún cambio cultural ocurre con facilidad y, menos pensar, en un cambio a corto plazo"

Es elemental plantearse una necesidad de cambio partiendo de la premisa; de que la cultura debe cambiarse con el fin de ser más consecuente con las demandas competitivas del entorno. La cultura organizacional constituye parte fundamental, ya que ella está integrada a la satisfacción y bienestar individual y colectivo, conciliando los intereses del sistema para que el resultado que se obtenga sea calificado como ideal, en la organización. El éxito de las organizaciones será de aquellos gerentes que puedan manejar mejor el cambio; pero el manejo del cambio por lo general requiere de empleados comprometidos

Pümpin y García, citado por Vergara (1989) definen la cultura como "El conjunto de normas, de valores y formas de pensar que caracterizan el comportamiento del personal en todos los niveles de la empresa, así como en la propia presentación de la imagen" (pág.26).

El planteamiento anterior, se refiere a la forma como la cultura vive en la organización. Además, demuestra que la cultura funciona como un sistema o proceso. Es por ello, que la cultura no sólo incluye valores, actitudes y comportamiento, sino también, las consecuencias dirigidas hacia esa actividad, tales como la visión, las estrategias y las acciones, que en conjunto funcionan como sistema dinámico.

Robbins (1991) afirma que "las sub-culturas son propias de grandes organizaciones, las cuales reflejan problemas y situaciones o experiencias comunes de los integrantes. Estas se centran en los diferentes departamentos o las distintas áreas descentralizadas de la organización".

Cualquier área o dependencia de la organización puede adoptar una sub-cultura compartida exclusivamente por sus miembros, éstos, a su vez asumirán los valores de la cultura central junto con otros que son propios de los trabajadores que se desempeñan en dichas dependencias.

En consecuencia, si bien es cierto, que la cultura de una organización es el reflejo del equilibrio dinámico que se produce entre los subsistemas mencionados, no es menos cierto, que se debe comprender el desenvolvimiento y alcance de esta dinámica. Lo que permite ver con más facilidad el comportamiento de los procesos organizacionales.

2.3.2 Naturaleza del cambio en la cultura organizacional

Es propio de la naturaleza de las organizaciones, que ellas cambian con el tiempo y, por tanto, los gerentes por definición tienen que estar tratando de manejar el cambio con una visión proactiva.⁷

De acuerdo con lo anterior, la misma supervivencia de una organización puede depender de la forma como adapte la cultura a un ambiente de rápido cambio. A partir de esta premisa, las organizaciones que quieren ser competitivas se mantienen en busca de la

excelencia, a través de la adquisición de nuevos conocimientos que les permitan estar a la par del entorno y, a su vez, asumir el compromiso de conocer el grado de integración y diversificación de competencias, de manera que puedan, utilizar las herramientas que les permitan estructurar un adecuado portafolio de productos y/o servicios⁸.

Dentro del marco descrito anteriormente, esas son estrategias que toda gerencia debería adoptar para el logro del éxito en el alcance de los objetivos establecidos, según las orientaciones preestablecidas por la visión de la organización.

2.3.3 Calidad de atención

Avedis Donabedian, (1980) “Calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas 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 logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.”

2.3.4 Clima Organizacional

Es un cambio temporal en la actitud de las personas con respecto al ambiente organizacional que los rodea, estén o no acostumbrados a éste.⁹

El clima organizacional se define como un conjunto de propiedades o características del ambiente interno laboral, percibidas directa o indirectamente por los empleados de una organización, que se supone son una fuerza que influye en la conducta del empleado.

El conocimiento del clima organizacional proporciona retroalimentación acerca de los procesos que determinan los comportamientos organizacionales, permitiendo además, introducir cambios planificados, tanto en las actitudes y conductas de los miembros, como en la estructura organizacional o en uno o más de los subsistemas que la componen. El clima organizacional es la expresión personal de la percepción que los trabajadores y

directivos se forman de la organización a la que pertenecen y que incide directamente en el desempeño de la organización¹⁰.

El ambiente donde una persona desempeña su trabajo diariamente, el trato que un jefe puede tener con sus subordinados, la relación entre el personal de la empresa e incluso la relación con proveedores y clientes todos estos elementos van conformado lo que denominamos clima organizacional, esto puede ser un vínculo o un obstáculo para el buen desempeño de la organización en su conjunto o de determinadas personas que se encuentran dentro o fuera de ella, puede ser un factor de distinción e influencia en el comportamiento de quienes la integran.

2.3.5 Cultura Ética¹¹

Los valores representan la base de evaluación que los miembros de una organización emplean para juzgar situaciones, actos, objetos y personas. Estos reflejan las metas reales, las creencias y conceptos básicos de una organización, así como también la médula de la cultura organizacional.

Esta radica en que se transforma en un elemento motivador de las acciones y de la conducta humana, define el carácter fundamental y decisivo de la organización, crea un sentido de identidad del personal con la organización.

Especifican lo que es primordial para sus implicados, porque identifican los resultados que la mayoría espera, guían nuestras actuaciones y determinan si nuestra organización tendrá éxito.

Los valores deben ser claros, igualmente compartidos y aceptados por todos los miembros y niveles de la organización, para que exista un criterio unificado que comparta y fortalezca los intereses de todos los miembros de la organización.

Los valores son formulados, enseñados y asumidos dentro de una realidad concreta y no como entes absolutos en un contexto social, representando una opción con bases ideológicas con respecto a las bases sociales y culturales.

2.3.6 Sistema de gestión de la calidad¹²

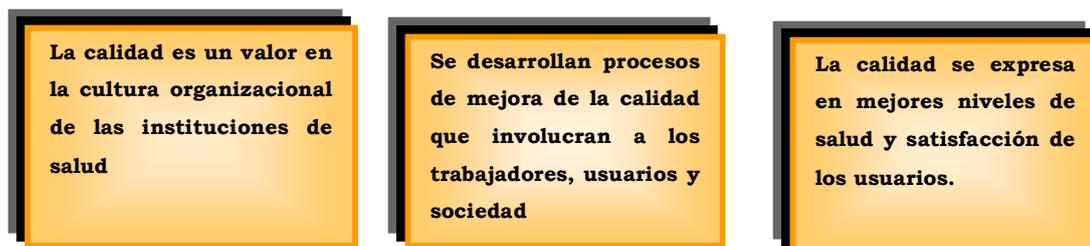
Conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a dirigir y monitorear sus unidades prestadoras de salud en lo relativo a la calidad de atención

Se han establecido principios, políticas, objetivos, estrategias y componentes de la calidad.

Teniendo como base los lineamientos de política del sector que se traducen en las políticas de calidad.

Dentro del sistema de gestión se impulsan los procesos de Planificación, Organización, Garantía y Mejoramiento e información orientados a direccionar estrategias dentro de la institución, así como generación de una cultura de calidad.

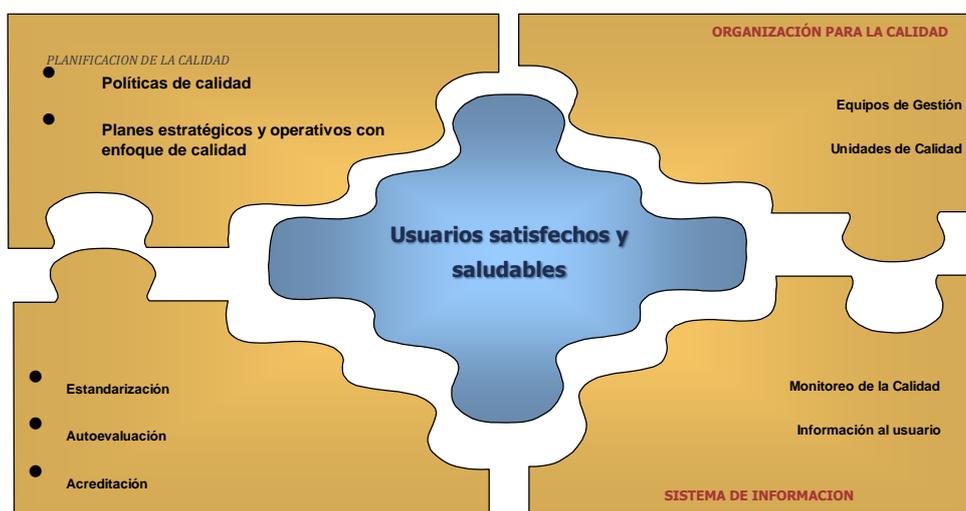
VISION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD



El sistema de gestión de la Calidad pretende explícita y fehacientemente establecer como un valor la cultura organizacional en los diferentes niveles organizativos del sector salud, aplicando metodologías y herramientas que nos permitan medir la calidad, para lo cual se tiene en cuenta la percepción de los usuarios interno y externo, instituciones y la sociedad en general, logrando de esta manera evidenciar en forma confiable y oportuna mejoras

sustanciales en la atención, que pueden ser percibidas con satisfacción por todos los actores involucrados en dicho proceso.

COMPONENTES DEL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD



Fuente: Sistema de Gestión de la Calidad MINSA – 2012.

El Ministerio de Salud, dentro del proceso de implementación del sistema de gestión de la calidad en salud, estableció cuatro componentes que nos permiten determinar la ruta a seguir dentro de un proceso de calidad que tiene como eje central la satisfacción del usuario interno y del usuario externo, elementos importantes dentro de un sistema de salud.

2.3.6.1 Planificación para la calidad.

La planificación de la calidad permite definir las políticas generales de calidad a partir de las cuales se articularan los esfuerzos posteriores de involucramiento y participación en el proceso de diseño y desarrollo del sistema de gestión de la calidad.

La planificación es el momento clave por cuanto involucra a toda la organización desde el más alto nivel directivo hasta el plano operacional, por lo cual su enfoque es participativo, Implica por lo tanto un esfuerzo corporativo referido no solo a la definición

de los objetivos y políticas, diseño y formulación de estrategias, sino un despliegue efectivo en todos los niveles organizativos del sistema de salud, así como en su efectiva implementación.

2.3.6.2 Organización para la calidad.

Implica la definición de un diseño organizacional que permita llevar a cabo las funciones para la calidad, debidamente integrada al sistema de salud, La institucionalización de la calidad se logra y se mantiene cuando se convierte en una actividad continua en los diferentes niveles organizativos de la institución.

Todo proceso es sostenible cuando los conocimientos, el nivel de compromiso y los recursos son suficientes para aplicar, adaptar, sostener y continuar desarrollando el proceso de garantía de la calidad.

2.3.6.3 Garantía y mejoramiento de la calidad.

Viene hacer el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño, en forma continua y cíclica, de tal manera que la atención prestada sea lo más efectiva, eficaz y segura posible, orientada siempre a la satisfacción del usuario el cual implica el aseguramiento para generar, mantener y mejorar la calidad en los servicios de salud.

2.3.6.4 Sistema de información para la calidad.

Está concebido como el conjunto de estrategias y metodologías, instrumentos y procedimientos que permitan contar con evidencias de manera permanente y organizada de la calidad de atención y niveles de satisfacción de los usuarios internos y externos.

El sistema de información para la calidad es un instrumento valioso para la investigación, administración y planeación de la calidad, ya que nos permite un análisis de la percepción de los usuarios así como de la institución misma, para desarrollar acciones de

mejoramiento así como determinar y medir los indicadores de gestión de la calidad que nos permitan identificar el cumplimiento de las metas previstas para el logro de los objetivos propuestos.

2.3.7 Rol de la Dirección Regional de Salud en el sistema de gestión de la calidad

La Gestión de la calidad es un componente importante dentro de una institución ya que determina y aplica la política de calidad, expresada formalmente por el Nivel central.

En tal sentido; la Dirección Regional de Salud Cajamarca cumple un rol sumamente importante dentro del proceso de gestión de la calidad pues es el responsable directo de la ejecución de dicho sistema en los diferentes niveles de la jerarquía organizativa, ya que adecua, implementa y monitorea el desarrollo de las políticas, objetivos, estrategias, los lineamientos, las metodologías así como los instrumentos en su ámbito de intervención, cumpliendo el rol de asistencia técnica y facilitador de los procesos de mejora de la calidad en todos sus niveles.

Logrando no solo el establecimiento de normas o políticas para su aplicación sino motivando la inclusión de sus recursos humanos y materiales para obtener un resultado favorable en los objetivos que persigue la institución, sino que también se genera una cultura de la calidad a nivel institucional; repercutiendo en una atención de calidad a los usuarios.

Si bien la Red de Salud Cajamarca II, es consiente que tiene que ser parte del sistema de calidad en salud nacional, retomar su rol de liderazgo frente a sus unidades operativas en sus diferentes niveles, que se traduzca finalmente en una satisfacción del usuario externo y un usuario interno con un desempeño técnico eficiente, con políticas de desarrollo de RR.HH y que motiven al trabajador a brindar una atención de calidad.

2. 4 Hipótesis de Investigación

La cultura organizacional de los Servicios de salud de la Red II Cajamarca, tiene relación con la calidad de Atención de los usuarios externos, expresada en términos de satisfacción en los 07 establecimientos del ámbito de estudio.

2.5 Definición Operacional de las variables.

Variable Independiente: Cultura Organizacional.

Se refiere a la forma como la cultura vive en la organización. Además, demuestra que la cultura funciona como un sistema o proceso. Es por ello, que la cultura no sólo incluye valores, actitudes y comportamiento, sino también, las consecuencias dirigidas hacia esa actividad, tales como la visión, las estrategias y las acciones, que en conjunto funcionan como sistema dinámico.

Indicadores:

- **Relaciones con Jefatura/ Directivos:** Es la percepción por parte de los trabajadores del establecimiento de salud acerca de la existencia de un ambiente de trabajo grato y de buenas relaciones sociales tanto entre pares, como entre jefes y subordinados.
- **Motivación y Recompensa:** Constituida por todos los factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia el logro de un objetivo
- **Toma de decisiones:** es el proceso de seleccionar una acción entre diversas alternativas es decir un estado deseado y la condición real del momento.
- **Metas de la organización:** Fines que persigue la organización a través de sus trabajadores

- **Control de decisiones:** Monitoreo de las disposiciones dadas por los Directivos

Variable Dependiente: Calidad de atención de los Servicios de salud

Calidad de atención de los servicios de salud: Es la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

Usuario Externo: Persona que acude al Centro de Salud, para recibir algún tipo de atención que oferta el establecimiento de salud

Indicadores:

- Usuario Externo Satisfecho ($\geq 80\%$)
- Usuario Externo No satisfecho. ($\leq 79\%$)

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

Es una investigación correlacional de corte transversal orientada a determinar la relación entre las variables de estudio a partir de la información recolectada en seis meses de estudio.

3.2 Ámbito del estudio

El presente trabajo de investigación se desarrolló en Siete (7) Centros de salud de mayor capacidad resolutive (categoría I-4 y I-3) de la Red de salud II Cajamarca, los mismos que tienen un área de responsabilidad con población asignada, con un aproximado de 90,226 habitantes y en el momento del estudio (2017), tenían un 105 trabajadores. (Sistema de registro de planillas PLH - MINSA). Geográficamente están ubicados en la jurisdicción de la Provincia de Cajamarca, en la Región del mismo nombre. La indicada Red, administra un total de 70 establecimientos del primer nivel de atención. (Anexo 1: ámbito de influencia)

3.3 Unidad de análisis, universo y muestra.

3.3.1 Unidad de Análisis: están constituidos por cada uno de los trabajadores de los Siete (7) Centros de salud de la Red de Salud II Cajamarca y por cada uno de los usuarios externos del área de estudio.

3.3.2 Criterios de inclusión:

- **Usuario Interno:** Personal de salud (médico y no médico) que labora regularmente bajo modalidad CAS o 276 (Nombrado).

- **Usuario Externo:** persona mayor de edad que haya recibido alguna atención durante el estudio de investigación.

3.3.3 Universo:

Estuvo conformado por los Usuarios Internos y externos de los 07 establecimientos de la Red de Salud II Cajamarca. En el primer caso eran 105 profesionales de los distintos grupos ocupacionales y un aproximado de 22,320 de atenciones.

3.4 Muestra

Muestra 1: Conformada por los 105 trabajadores (Usuarios internos), de los Centros de Salud de la Red de Salud II Cajamarca, de todos los grupos ocupacionales que estaban laborando en el periodo de estudio.

Tabla 01: Distribución de la Muestra Usuario Interno por Establecimientos de Salud de la Red II Cajamarca. 2017

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DE	MUESTRA
Baños del Inca		27
Encañada		8
Huambocancha		11
Jesús		8
Magna Vallejo		27
Magdalena		6
Pachacútec		18
TOTAL		105

Muestra 2: Usuario Externo

Para el cálculo de la muestra, se plantea como probabilidad de la prevalencia de la insatisfacción del usuario externo de 50%, con un nivel de confianza del 95% y un error estándar esperado del 5%.

Muestra: para la definición de la muestra se siguió el siguiente procedimiento.

- Siendo una población finita, o sea se conoce el total de la población, para saber a cuántos del total se tuvo que estudiar, las atenciones promedio mensual en los siete establecimientos, dato obtenido de los reportes del HIS. La muestra sería:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

Donde:

- N = Total de la población
- $Z_\alpha = 1.96$ al cuadrado (si la seguridad es del 95%) o nivel de confianza
- p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.5), probabilidad de éxito
- q = 1 - p (en este caso 1-0.5 = 0.5). probabilidad de fracaso.
- d = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción) 5%.

$$n = \frac{22,320 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 (22,320 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} = 409$$

- **Muestreo:** la selección de la muestra fue aleatoria sistemática en cada uno de los Establecimientos de Salud de la RED II, Cajamarca, en la consulta, proporcionalmente de acuerdo a lo que se indica en la tabla a continuación:

Tabla 02: Distribución Proporcional de la Muestra de usuarios externos por Establecimientos de Salud. Red II Cajamarca

EESS	Atenciones	Proporción	Muestra
Baños del Inca	3,816	0.18	72
Encañada	2,160	0.10	39
Huambocancha	2,760	0.11	50
Jesús	3,348	0.15	61
Magna Vallejo	4,116	0.19	77
Magdalena	2,832	0.12	50
Pachacùtec	3,288	0.15	60
Total	22,320	1	409

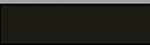
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para medir Cultura Organizacional

- a. Se utilizó el Test de Schein¹³, en el cual se designan las técnicas de investigación, análisis y estudio que permiten apreciar una característica psicológica o el conjunto de la personalidad de un individuo. Tales técnicas pretenden organizar los datos extraídos de la investigación de la conducta sin intención de explicar causas o consecuencias, sino más bien limitándose a describir el comportamiento en la dimensión que persigue en sus objetivos (por ejemplo, inteligencia, aptitudes, personalidad, etc.

El test contiene 20 preguntas agrupadas en cinco indicadores orientados básicamente a medir cultura organizacionales como son, Relaciones Interpersonales, Toma de decisiones, Comunicación, Control de decisiones, Metas de la Organización, considerando como base el Concepto de Schein (1988), las

cuales para obtener el nivel o grado de cultura organizacional se deberá sumar las puntuaciones por cada pregunta y al final obtener un puntaje global que determina la cultura organizacional según cuadro adjunto:

Puntuación	Nivel de Cultura Organizacional	
1	Urge Cambio Organización	
5	Deterioro del clima organizacional	
10	Clima laboral en riesgo	
15	Buen Clima Laboral	

- Para el análisis del nivel de la cultura organizacional y satisfacción del usuario se omitieron las puntuaciones con cero (0) en las tablas de resultados, motivo por el cual no siempre concordaran con la clasificación de los instrumentos.

Para medir calidad de atención

Usuario Externo

Se aplicó un cuestionario elaborado por el Ministerio de Salud (MINSa) en la cual se ha tenido en consideración la correlación de éstas con las dimensiones de la calidad y los correspondientes atributos y estándares establecidos para el primer nivel de atención por el ente rector del Ministerio de Salud¹⁴.

El cuestionario desarrollado contiene preguntas sencillas, de fácil comprensión y aplicación direccionada para la captura de los datos más relevantes sobre la percepción de los usuarios, con énfasis en los aspectos de la calidad humana y del entorno implicados en la prestación de los servicios de salud.

Para el levantamiento de la información un cuestionario estructurado tipo encuesta, entrevistándose directamente con la persona seleccionada (usuarios que hayan recibido el servicio de consulta ambulatoria).

Los aspectos centrales a medir están relacionados con los atributos de calidad establecidos para este nivel de atención, conteniendo un promedio de 16 preguntas, con respuestas que buscan que el usuario defina posturas polares (bueno - malo o sí – no) dejando la posibilidad de reservarse el derecho de opinar (no opina); además hay algunas sub-preguntas que deberán ser respondidas en forma abierta. También se deja abierta la posibilidad de dar opiniones y/o sugerencias

- Los cuestionarios utilizados son aplicados por el Ministerio de Salud, los cuales han pasado un proceso de validación para su implementación a nivel nacional los cuales permiten realizar la medición de la satisfacción de los usuarios en los servicios de consulta externa.
- La calificación del nivel de evaluación respecto de la Cultura Organizacional se realizó de acuerdo a los acumulados en cada uno de los ítems incluidos por categoría, los cuales se suman en forma vertical para determinar la clasificación correspondiente.

3.5.1 Validez de los instrumentos

El test utilizado para Cultura Organizacional utilizado en los Estados Unidos en el estudio Organizational Culture and Your Compatibility el cual fue validado por el Amílcar Ríos Reyes, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en el año 2000¹⁵, el cual permite determinar la cultura organizacional fácilmente al interior de una organización, adaptada para el presente estudio, y validado con opinión de expertos.

3.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

La información compilada se ingresó una base de datos de Access. Para el análisis de la información de cultura organizacional se utilizó el paquete de análisis estadístico SPSS 25.

La presentación de los resultados se hace en tablas simples y de contingencia, realizando la interpretación en base a proporciones. Para la comprobación de la hipótesis se considera la prueba estadística Rho Pearson.

La discusión de los resultados se realiza contrastando con la literatura consultada (antecedentes, teorías y normas vigentes sobre estos aspectos administrativos) y las consultas a los especialistas sobre el tema de investigación..

3.7 Aspectos Éticos de la Investigación|

El consentimiento informado: el mismo que debe ser un proceso deliberativo de la unidad de estudio y que debe culminar con la firma o aceptación para ser partícipe de la investigación.

Principio de beneficencia: Porque con el estudio a futuro busca proporcionar bienestar de los usuarios externos e internos de los servicios de salud.

Principio de confidencialidad: Debido a que la información es de carácter reservado y la evolución era reportada a cada familiar en forma individual.

CAPITULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El análisis de la cultura organizacional y de satisfacción del usuario externo es muy importante para determinar la relación existente entre ambas variables que nos permitan dar algunos alcances del porque a pesar de contar con más recursos en el sector salud aún no se ha logrado mejorar la situación de la región. Es así que al realizar el análisis y comparación con otros estudios a nivel internacional y nacional , el presente documento seria único en el primer nivel de atención, lo cual conocedores de que tenemos una población eminentemente rural y con variables altos de migración de estas zonas a las zonas urbanas nos podrían dar algunos factores que permitan establecer estrategias a ser implementadas en el primer nivel de atención que contribuyan a la mejora de indicadores y por ende a la situación de salud de la población a nivel regional.

4.1.1. Análisis del Usuario externo:

A. Datos Demográficos

Tabla 01: Usuarios Externos de los Establecimientos de Salud de la Red II según características sociodemográficas. Cajamarca .2017

Grupo etéreo	N°	%
18 a 24	126	31
25 a 34	161	39
35 a 44	81	20
45 a 54	22	5
55 a 64	10	2
65 a más	9	2
Sexo		
Hombre	69	17
Mujer	340	83
Lugar de residencia		
Urbano	239	58
Rural	170	42
Grado de instrucción		
Analfabeto	104	25
Primaria	165	40
Secundaria	103	25
Superior Técnica	23	6
Superior Universitaria	14	3
TOTAL	409	100

En la presente tabla se puede observar que los usuarios que demandan servicios de los establecimientos de salud de la red en estudio mayormente son aquellos que tienen edades que fluctúan entre 25 y 34 (39%) años de edad. Observándose que a mayor edad menor demanda de los servicios de salud, especialmente a partir de los 45 años.

Respecto del sexo, son las mujeres las que acuden con más frecuencia a los servicios de salud, (83%), mientras que en el caso de los varones apenas llegan el 17%, demostrando

una vez más que es la mujer quien demanda más los servicios de salud, fenómeno que se presenta no solo en el Perú, también se da en otros países.

Estos resultados explica en parte, las características de la demanda que está determinada por la concentración de la oferta para este grupo en el primer nivel de atención, específicamente orientada a la mujer en edad reproductiva, de manera especial por el número de controles que debe cumplirse en todo el proceso de gestación, entre algunas de las razones.

Estos aspectos se refuerzan en las intervenciones de visita domiciliaria, consejería estrategias de promoción de la salud que incluyan el tema de roles a nivel de la familia y su deber en el cuidado de la salud, que no solo es obligación de la mujer sino de familia¹⁶.

En relación a zona de residencia, se observa que la mayoría de los residentes encuestados 58% viven en zona urbana y en menor cantidad el 42% provienen de la zona rural. Analizando estos resultados, sobre el acceso o demanda de servicios de salud según sexo, otras investigaciones tienen resultados muy variados, así vemos que, al compararlos con los encontrados en un estudio en Córdova (Jaén-Madrid),¹⁷ se encuentra que 53,4% de las citas fueron generadas por mujeres que representaron el 53,8% de la población demandante, mientras que la Dirección General de Epidemiología del MINSA reporta que en el 2011 fueron los varones los que más demandaron los servicios de salud en 57.2%¹⁸.

En el presente estudio, no es tan difícil explicar esta situación dado que quienes acuden a los servicios de salud públicos son aquellas personas que tienen SIS, de pocos recursos económicos, y porque los servicios solicitados son: los relacionados con los programas preventivos o de morbilidad simple que se ofertan en este primer nivel de atención.

Sin embargo, un dato que llama la atención es que cuando se pregunta por su residencia muchos refieren residir en zona urbana, aunque en realidad se trata de usuarios que son parte de un fenómeno muy común en Cajamarca capital, la migración pendular, en donde los moradores se movilizan con regularidad, y, según se conoce por razones de trabajo; en la práctica no tienen residencia fija.

Esta situación debería ser un tema de análisis y debate, ya que el funcionamiento de los servicios de salud, no responden a la dinamicidad de la población, sino más bien a normas establecidas por el ente rector, y en este caso responde específicamente a la adscripción del usuario a un establecimiento determinado, generándose dificultades de acceso a los servicios cuando lo solicita fuera de la jurisdicción a donde pertenece; situación que refleja discriminación y que puede incidir en la actitud de subalternidad de los usuario, especialmente si estos tienen condiciones sociales desfavorables, observándose que algunos usuarios tienen que caminar hasta 3 horas para acceder a un servicio de salud, especialmente cuando el tipo de atención que busca es en centros de salud I-3 o I-4 que es donde se cuenta con una capacidad resolutive más apropiada, como por ejemplo equipo de salud más completo, laboratorios y otros servicios más complejos, como es el caso de los establecimientos en donde se ha realizado el presente estudio, Encañada, Jesús, Baños del Inca, Magdalena, Pachacútec, Huambocancha Baja), que además están ubicados en la capital de distrito.

En relación al grado de instrucción de los entrevistados, 40% refirieron tener primaria, y el porcentaje más bajo se muestra en los que indicaron tener estudios de nivel educativo Universitario (3%), así mismo podemos observar que el 25% de los entrevistados se declaran analfabetos, indicador relacionado con el nivel de desarrollo de un pueblo, que en este caso esta variable es uno de los criterios considerados para calificar el estrato

social al que pertenece, que en este caso por el grado de escolaridad de esta población, correspondería al estrato social D y E. Si tomamos solo este hecho podemos observar que producto de la migración y por alcanzar una mejor calidad de vida o de oportunidades se tiene población analfabeta o solo con primaria viviendo en zonas urbanas, esta situación debe ser analizada dentro del sector con la finalidad de implementar nuevas estrategias de educación para la salud definiendo claramente la población objetivo que permita un mejor nivel de entendimiento entre personal de salud y el usuario que permita lograr el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunal.

Sobre la Atención

Tabla 02: Usuarios externos de los Establecimientos de Salud de la Red II Cajamarca según razones que determinaron acceder al servicio. 2017

Razones para acudir al establecimiento de salud	N°	%
Está más cerca	289	71
Es el único	33	8
Es barato	21	5
No tengo seguro	45	11
Hay buena atención	21	5
Total	409	100

En relación con la atención, se observa que las razones por las que acudió al establecimiento de salud son: “por estar más cerca” 71% apenas 5% porque la atención “es buena” y un porcentaje similar dice que es “barato”.

Es un hecho de que el acceso a los servicios de salud constituye un marcador de las brechas sociales definidas generalmente por la distancia a los servicios, sin embargo ahora esa brecha ha ido acortándose la cual estaría garantizando el acceso a los servicios que por derecho los usuarios tienen derecho.

Además, se observa otra limitante que si puede generar barreras en los servicios de salud como es el grado de instrucción, que a pesar de vivir en zona urbana y en la periferia de la ciudad, traen como consecuencia problemas en el momento de poder brindar una consejería, orientaciones respecto a su salud.

Es importante resaltar que la responsabilidad del cuidado de la salud está a cargo de la mujer, en consecuencia se evidencia un problema que no se ha tomado en cuenta para este tipo de zonas, porque culturalmente es la mujer la que asume el cuidado de la salud de la familia.

El modelo de atención primaria de salud basado en familia y comunidad¹⁹ plantea una propuesta ético-política, que genera un diálogo en las que ambas partes son iguales, respetuosas de las creencias, saberes y prácticas del otro, y busca comprender desde su propia visión del mundo y su jerarquía de valores, propiciar la apropiación selectiva y crítica de lo que propone y ofrece, y asumir una actitud activa que permita reestructurar lo propio mediante la auto transformación reflexiva que permita el autocuidado de la salud desde la familia hacia el desarrollo del bienestar de la población.

B. Percepción de usuario respecto a la atención recibida

a. Respeto al usuario

Tabla 03: Usuarios externos de los Establecimientos de Salud de la Red II. Según percepción de respeto ofertado por los usuarios internos. 2017

Trato durante su permanencia en el establecimiento	N°	%
Bien	266	65
Mal	129	31
No opina	14	3
Brindaron confianza para expresar su problema		
Bien	312	76
Mal	82	20
No opina	15	4
TOTAL	409	100

En relación al trato en el establecimiento de salud, los resultados muestran que 65% opinan que los trataron bien y 31% manifiesta que lo trataron mal; respecto a si le brindaron confianza para expresar su problema, 76% manifiesta que sí y el 4% no opina respecto a la pregunta.

Frente al análisis del trato y confianza podemos decir que son percepciones muy subjetivas que pueden incluso ser influenciadas por diferentes emociones o sentimientos como por ejemplo el temor de que no lo atiendan, mensaje muy velado que se percibe en la población cuando comenta en la mayoría de los establecimientos que de manifestar la verdad sobre la atención corren el riesgo de no volver a ser atendidas o maltrato por parte de los profesionales.

Esta situación, genera la necesidad de contar con un sistema de derecho al usuario y recordar que los servicios del estado están obligados a brindar una atención de calidad

bajo las situaciones y particularidades de cada región, provincia o distrito y que la atención es un derecho respaldado en la Constitución Política del Perú y los derechos del Usuario, suscrito entre el MINSA y SUSALUD²⁰ en su art 18, en el que manifiesta “El personal profesional y administrativo de la IPRESS deberá tratar con respeto a las personas usuarias de los servicios de salud, garantizando el pleno ejercicio de sus derechos”. Por esta razón es que se establece dentro de las funciones de la DIRESA y REDES, realizar el monitoreo y seguimiento de las actividades que ejecuta el personal de salud buscando optimizar el desempeño de los mismos orientados a mejorar la salud de la población. Sin embargo se observa que el esfuerzo por mejorar la atención en salud realizado por los gerentes y operadores de servicio, no ha sido suficientes para cambiar la percepción de la población. Aun así, la demanda de atención se mantiene y que por necesidad o por evitar el costo de bolsillo siguen yendo al establecimiento pero no porque les resuelvan el problema, o porque los traten bien sino porque no hay otro lugar a donde acudir.

Estos argumentos permiten sugerir la conveniencia de que las evaluaciones en estos aspectos deben ser ejecutadas por especialistas externos a la institución que permita la libre expresión de los usuarios y obtener datos que nos permitan una adecuada toma de decisiones en los servicios de salud.

b. Eficacia.

Tabla 04: Usuarios externos atendidos en los Establecimientos de Salud de la Red II, según eficacia de la atención. Cajamarca.2017

Considera que durante la consulta le		
hicieron un examen completo	N°	%
Sí	212	52
No	177	43
No opina	20	5
Total	409	100

De acuerdo con lo observado se puede indicar que el 52% de los usuarios manifiestan que durante la consulta sí le hicieron un examen completo, el 43% manifiesta que no le practicaron un examen completo, mientras que solo un 5% no opina frente a la pregunta señalada.

La evaluación de la calidad de atención para este caso y según el instrumento utilizado, considera la Eficacia como ítem de estimación, de acuerdo a la percepción del usuario externo.

En esta lógica , los resultados evidencian una de las dificultades más frecuentes en los establecimientos de salud, particularmente del primer nivel de atención. Con regularidad se puede percibir que el personal invierte gran parte del tiempo de una consulta en llenar documentos, habiendo reducido la consulta a unos cuantos minutos, obviando en muchas veces el examen al paciente limitando la interacción profesional con el usuario, habiéndose generado un círculo vicioso, poniendo en tela de juicio la validez de los diagnósticos emitidos en las atenciones que se brindan, que además con frecuencia los usuarios manifiestan maltrato por parte del personal de los servicios. Esta situación muestra una de las características de la deshumanización en los procesos de atención.

Como consecuencia de lo antes indicado se observa con regularidad que el usuario se ve obligado a buscar atención médica privada, generando un gasto de bolsillo mermando la economía familiar e incrementando indicadores de DCI, anemia, Mortalidad materna, etc., que en el caso de Cajamarca, son muy elevados.

Estos resultados, indican la urgencia de una evaluación técnica- científica de los procesos de atención en la salud - enfermedad en los servicios de salud.

Información

Tabla 05: Usuarios externos de los Establecimientos de Salud de la Red II, según Información ofertada. Cajamarca. 2017.

Explicaron examen a realizar	N°	%
Sí	248	61
No	146	36
No opina	15	4
Explicaron con sencillez su problema de salud		
Sí	154	38
No	234	57
No opina	21	5
Las indicaciones las entregaron en una receta		
Sí	245	60
No	129	32
No opina	35	9
Explicaron tratamiento y cuidados en su casa		
Sí	154	38
No	231	56
No opina	24	6
Total	409	100

En relación a la información recibida el 61% de los usuarios manifiesta haber recibido explicación sobre el examen que se le realizaría, en cambio 57% indicó que no le explicaron su problema con palabras sencillas; así mismo el 60% manifiesta que Si le

entregaron indicaciones en una receta y el 56% manifiesta que no le explicaron sobre los cuidados que debería tener en su casa.

En definitiva, los deberes de información están orientados precisamente a satisfacer el principio de autodeterminación del paciente. Rigen por igual si la relación de este con el médico se plantea en el terreno contractual, donde se trata de un deber precontractual de información del experto con el lego, o si la relación no está regida por contrato, en cuyo caso se trata de un deber general de cuidado con el paciente. Podemos precisar que éstos vienen a conformar los ejes centrales de una moderna forma de entender el ejercicio de la actividad médica, cambio de paradigma que para muchos vendría a compensar el tradicional y evidente desequilibrio que se producía entre el conocimiento del profesional y la ignorancia de su paciente²¹

A partir de estos argumentos, y según opinión de Vall¹⁹, se podría afirmar que el ejercicio del derecho a la información por parte de los pacientes se basa en un triple marco fundamental: psicológico, normativo y legal, y ético.

Desde un punto de vista psicológico, la cantidad y la calidad de la información facilitada a los enfermos reduce su angustia, consiguiendo así una mejor y más rápida recuperación gracias a la mayor colaboración mostrada durante el periodo de tratamiento.

Desde un punto de vista legal y normativo, este derecho a la información es recogido por la legislación de la mayoría de los países analizados, y es reconocido por diversos organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud, Unesco, IFLA) así como por la propia Unión Europea.

Desde un punto de vista ético, los códigos deontológicos de la profesión médica reconocen el derecho a la información de los pacientes y se consideran los únicos

responsables de darla. Por otro lado, los códigos de los bibliotecarios también reconocen como responsabilidad suya responder las necesidades de la sociedad en materia de cultura, información, formación y ocio. El profesional de la información es quién debe, en cumplimiento de sus funciones y en estrecha colaboración con el médico, buscar, seleccionar y difundir la información más adecuada. La investigadora Vall, indica que “Desde Europa debemos reconocer la deuda contraída con Estados Unidos en lo que se refiere a la búsqueda de un modelo de trabajo conjunto entre médicos y bibliotecarios”. El análisis anterior permite a su vez tener una mirada más amplia en este estudio cuando se revisa el grado de instrucción del usuario externo, se puede observar que el paciente tiene una gran desventaja, ya que como se vio 25% de los usuarios son analfabetos y 40% tienen apenas estudio primarios, por lo tanto la situación se complica, ya que al no tener acceso a una información adecuada sobre su problema de salud, el paciente queda desamparado aumentando el riesgo de complicación de su propio estado e integridad bio Psico Social²² reflejado en los indicadores de salud; hecho que en parte explica el incremento de la tasa de reingreso a los establecimientos, y que además contribuye a la saturación de los servicios por la sobredemanda, con la consecuente postergación de los turnos programados para consulta, hecho representa mayor riesgo para los usuarios con patología agudas o crónicas severas se compliquen.

La situación ante indicada, para el caso del paciente significa pérdida de tiempo para acudir al establecimiento de salud. Como consecuencia de esto aumenta el gasto de bolsillo, descuido de su actividad económica, cuidado de familia, animales, etc. que alteran totalmente su vida cotidiana y por lo tanto su desarrollo.

A este debate se puede agregar el hecho de que las orientaciones que el personal brinda al usuario atendido en los establecimientos de salud, en muchos de los casos es demasiado técnico para el tipo de población que accede a estos servicios, sobre todo considerando la

proporción de usuarios analfabetos, que en este caso llega a 25%, indicadores sociales que muestran las grandes brechas u deudas que el Estado tiene, aún con la población, particularmente cajamarquinas, que además es la región con 67% de ruralidad y alta migración a la zona urbana, por lo que esta situación obliga a priorizar estrategias de comunicación con este grupo de población.

c. Accesibilidad

Tabla 06: Usuarios externos atendidos en los Establecimientos de Salud de la Red II, según acceso a los servicios de salud. Cajamarca 2017

Tarifas están a su alcance	N°	%
Sí	331	81
No	72	18
No opina	6	1
Personal respeta creencias enfermedad y curación		
Sí	322	79
No	75	18
No opina	12	3
Horario le parece conveniente		
Sí	198	49
No	206	50
No opina	5	1
Total	409	100

Los resultados de la tabla, muestra que, 81% de los encuestados consideran que las tarifas están a su alcance y el 18% indicaron que no; 79% manifestaron que se respetan sus creencias y costumbres y del mismo modo el 50% dijo que el horario no es conveniente y el 49% piensan que si es conveniente.

El hablar de accesibilidad no solo está referido al acceso geográfico sino también al acceso económico y acceso cultural, aspectos importantes dentro del proceso de atención ya que los servicios de salud están creados para disminuir estas brechas tanto económicas como culturales primando el derecho a la gratuidad de los servicios, respeto a las creencias y costumbres lo cual ayuda a mejorar la situación de salud de la población que como podemos analizar es lo que sucede en los establecimientos de salud del ámbito de estudio.

Sin embargo, hay un hecho que aún no se pone de manifiesto a nivel de políticas como es el horario de atención que básicamente está regido por la parte de oferta de los servicios sin tomar en consideración la dinámica social de la población; es decir los servicios se encuentran abiertos en horarios donde la mayoría de la población se encuentra en sus faenas diarias de trabajo de la tierra, en sus actividades comerciales, lo cual limita el acceso y oportunidad de la atención.

d. Oportunidad

Tabla 07: Usuarios externos atendidos en los Establecimientos de salud de la Red II según tiempo de espera. Cajamarca 2017.

Tiempo de espera	Nº	%
Mucho	168	41
Adecuado	129	32
Poco	106	26
No Opina	6	1
TOTAL	409	100

Respecto de la oportunidad, medida por tiempo de espera, los datos de la tabla muestran 41 % manifiestan que el tiempo que espera para su atención fue “mucho” y el 26% consideró que el tiempo de espera para su atención fue poco.

El tiempo de espera, es un factor importante para la satisfacción del usuario que como hemos visto en la tabla anterior, la población accede a los servicios pero por los horarios de atención, se hace complicado ejecutar un programa de prevención de factores de riesgo para su salud, ya que la preocupación central del usuario es no perder el turno o cuando el tiempo de espera es muy prolongado puede generar impaciencia en el usuario, el que puede no prestar atención a las consejerías u orientaciones ofertadas por el personal de salud, perdiendo la oportunidad en la atención y esto genera la acumulación de pacientes y largas colas para la atención preventiva.

Es cierto también que los establecimientos han establecido el sistema de citas, sin embargo, por las actividades de los usuarios no se llega a la cita y se acumula para otros días o de lo contrario el poblador porque pertenece a un programa social y se le exige el cumplimiento de algunos controles va el último día aun sin estar citado y finalmente el tiempo de espera es superior a las 2 horas para una atención.

A esta situación hay que agregarle la carga administrativa por cada personal de salud ya que se tienen que llenar más de 6 registros durante la atención al paciente y esto genera demora en la atención.

e. Seguridad

Tabla 8: Usuarios externos atendidos en los Establecimientos de salud de la Red II, según Seguridad percibidas. Cajamarca 2017

Ambientes cómodos	N°	%
Sí	294	72
No	104	25
No opina	11	3
El establecimiento se encuentra Limpio		
Sí	378	92
No	23	6
No opina	8	2
Respeto a su privacidad durante consulta		
Sí	278	68
No	109	27
No opina	22	5
Total	409	100

Fuente: datos del cuestionario aplicado por la investigadora

En la presente tabla podemos observar que 72% de los entrevistados, manifiestan que los ambientes le parecieron cómodos. Con relación a la pregunta si el ambiente se encuentra limpio, 92% manifiesta que sí; así mismo en la pregunta si se respetó su privacidad durante la consulta el 68% dijeron que, sí y el 27% manifiesta que no, mientras que el 5% prefiere no opinar.

La seguridad es importante en la medida que puede evidenciar como se articula la infraestructura con el mantenimiento y el uso de estos para brindar una atención de calidad, lo cual en los establecimientos del ámbito estudio, donde a pesar de las carencias que pueda tener a razón de grandes infraestructuras los usuarios están satisfechos con la seguridad del establecimiento. En este sentido León RCA. (2006) indica que la seguridad del paciente implica responsabilidad legal y moral en el ejercicio, practica de la profesión

de forma competente y segura (sin negligencia y mala praxis), así como la autodeterminación y autorregulación.

Lo cual ratifica una vez más que en el proceso de atención no es preponderante la infraestructura o grandes equipos de acuerdo a la complejidad del establecimiento; sino por el contrario es la forma como recibe la atención aun cuando no hayan solucionado su problema de salud.

Sin embargo, es importante recalcar que se ha realizado una mejora significativa a nivel de infraestructura a nivel regional; por lo tanto si no se articula a los procesos de atención, se continuará con índices muy por debajo del promedio nacional en temas de salud.

f. Satisfacción global

Tabla 9: Usuarios externos atendidos en los Establecimientos de salud de la Red II según Satisfacción Global. Cajamarca 2017

Le resolvieron su problema	N°	%
Sí	206	50
No	168	41
No opina	35	9
Se siente satisfecho con la atención recibida		
Sí	214	52
No	170	42
No opina	25	6
Total	409	100

Los resultados de la tabla muestran lo relacionado con la satisfacción global, a partir de saber si le resolvieron su problema, observándose que solo 50% indicaron que si, mientras que la otra mitad consideran que no resolvieron su problema de salud motivo de la consulta o prefiere no opinar. En cuanto a si se siente satisfecho con la atención recibida 52% manifiesta que si, y 42% manifiesta no y 6% prefiere no opinar.

Estos resultados muestran con mucha claridad la contradicción entre las respuestas del usuario y lo que se informa oficialmente en los servicios de salud, cuando se realiza la evaluación de los mismos.

Avedis Donabedian, (1980), en su definición de Calidad de atención manifiesta que el grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios a los usuarios; sin embargo podemos observar que no se ha logrado este equilibrio debido en primer lugar que hoy en día se valora un poco más los servicios que se entregan al usuario, siendo el estándar para satisfacción del 80% a nivel nacional; a nivel regional, en Cajamarca se reporta un porcentaje de satisfacción del usuario que llega a 78%, este hecho nos llama la atención ya que al comparar con el ámbito de estudio se encuentra muy por debajo del promedio nacional y regional.

Como se ha señalado anteriormente, la satisfacción se mide en base a percepciones de los usuarios de los servicios de salud, en función de los servicios que demanda y esta satisfacción debe estar en relación del desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.²³

Así mismo, se puede afirmar que las encuestas de satisfacción han sido aplicadas por el personal de salud del mismo establecimiento, lo cual ha generado un cierto sesgo en los resultados ya que no se puede ser juez y parte a la vez, por esta razón actualmente SUSALUD aplica una encuesta consistente en una pregunta global que mide Si estas satisfecho o No, aplicada al segundo nivel de atención y en forma aleatoria a los establecimientos 1-4 como parte de los convenios de gestión con el MINSA.

Esta situación se agrava cuando vemos los diferentes estratos sociales, de zonas rurales y urbanas, capitales de provincia, distrito, comunidad, que tienen características propias de cada lugar y eso puede marcar la diferencia estableciendo un patrón distinto de satisfacción; punto importante, posible de determinar y que ayudaría a tener indicadores de satisfacción más realistas.

Con el presente estudio se pudo determinar que los establecimientos de salud del primer nivel de atención con categoría I-4 y I-3 que se encuentran en capital de distrito donde se tiene acceso a medios y servicios tienen características comunes y que el problema básicamente radica en que la oferta de los servicios de salud está orientada a niveles de producción y venta de servicios sin importar el usuario en términos de atención de calidad y poniendo en riesgo el principio del sistema de gestión de la calidad que se expresa en mejores niveles de salud y satisfacción de los usuarios²⁴.

4.1.2 Análisis de la Cultura Organizacional

a. Confianza

Tabla 10: Trabajadores de los establecimientos de la Red II Cajamarca según nivel de Confianza de los directivos hacia los trabajadores.

Directivos hacia los trabajadores	N°	%
No tiene confianza	34	34
Pequeña confianza	56	55
Sustancial confianza	15	11
Completa confianza	0	0
Libertad del personal para hablar con directivos o jefes sobre su trabajo		
No tiene confianza	8	6
Pequeña confianza	46	47
Sustancial confianza	44	43
Completa confianza	7	4
Se buscan y se utilizan las ideas de los empleados		
No	32	30
Medianamente, cuando se presiona	46	44
Si	20	19
Generalmente	7	7
Total	105	100

Fuente: datos del cuestionario aplicado por la investigadora

Como se puede observar en la presente tabla, 55% de los encuestados perciben que los directivos tienen poca confianza hacia los trabajadores, el 47% manifiestan tener poca confianza para hablar con los directivos y el 44% indica que al momento que los directivos buscan sus ideas y las utilizan en la toma de decisiones es bajo presión ya sea por los sindicatos o problemas legales.

En resumen, en estos establecimientos hay un ambiente de casi completa desconfianza entre directivos y los trabajadores de los servicios de salud.

La confianza es un elemento importante dentro de una organización ya que implica la creencia en que una persona o grupo será capaz de actuar de manera adecuada, refrendada en función de sus acciones²⁵; por esta razón es preocupante que el personal de salud no tenga la confianza necesaria dentro de su trabajo ya que los directivos deben conducir al equipo para el logro de los objetivos institucionales en función de un bien común que es la población. Este aspecto es un problema que puede tener su origen en el hecho de que los directivos mayormente son cargos de confianza y con alto grado de rotación, pero con un gran peso político, situación que puede explicar en parte el panorama que no sorprende en las evaluaciones que se realizan de la cultura organizacional de la instituciones, sobre todo las públicas.

b. Motivación

Tabla 11: Trabajadores de los establecimientos de la Red II según nivel de Motivación de los Directivos hacia los trabajadores. Cajamarca

Gerencia hace uso de: Miedo, amenazas y/o castigo	N°	%
Sobre todo miedo, amenazas, castigo	76	74
Recompensas, un cierto castigo	16	18
Una cierta implicancia	9	6
Sobre todo las recompensas y la implicancia basadas en metas	4	2
TOTAL	105	100

De acuerdo a lo observado el 74% de los trabajadores manifiesta que los directivos, gerencia ejercen presión con amenazas, miedo o castigo, mientras que el 18% manifiesta que se ejerce un cierto castigo y recompensa.

La motivación es la raíz de la conducta, la causa que dirige la acción por lo tanto al analizar el porcentaje obtenido es preocupante observar que la motivación del personal está sujeta miedo, amenazas y castigo, lo cual estaría generando un clima que no contribuye al desarrollo de las actividades cotidianas.

Frente a este problema se suma la presión que tiene el personal no solo por las actividades asistenciales sino también por la recarga administrativa y por ende la medición de la productividad a la cual se encuentra sometido y esto sería lo que genera miedo o castigo a situaciones de descuentos, pérdida del trabajo, etc.

En este escenario aparece una gran contradicción, ya que si un trabajador no está motivado, simplemente no hay compromiso institucional y por lo tanto la exigencia de cumplir con alcanzar una productividad establecida como norma, coberturas, objetivos y metas de los programas que se ejecutan en cada establecimiento de salud o tal vez van a ser cumplidas pero con una eficiencia y eficacia dudosa, algo que contrasta con los lemas de atención con calidad, calidez y humanizada.

El personal y el rendimiento son dos pilares dentro de la organización. La dirección tiende a maximizar la eficacia y la productividad del individuo este, a su vez centra su esfuerzo en sus propias necesidades. Para la motivación del personal tenga éxito, intereses personales empresariales deberán de coincidir. Si la empresa requiere que los trabajadores de todos los niveles, además de la presencia física en su lugar de trabajo presten su ilusión, su entusiasmo y su entrega personal (motivación), tiene que conseguir integrar los objetivos empresariales con los objetivos individuales de cada trabajador. El trabajador

trata de satisfacer en la empresa necesidades de toda índole y sus necesidades, no solamente de pagarle. Si una persona no está interesada en su tarea la rechazara automáticamente, actuara con desánimo y no le dedicara toda la atención que merece. Por el contrario, aquellos empleados identificados con su tarea emprenderán su función con más ilusión y energía. Para lograr una buena motivación laboral deberemos de conocer con profundidad los factores vinculadas con las necesidades humanas.²⁶

Tabla 12: Trabajadores de los establecimientos de la Red de Salud II según nivel de Responsabilidad para alcanzar las metas de la Organización. Cajamarca. 2017

En quién recae la mayor responsabilidad	N°	%
Jefe inmediato	55	52
En Alta Dirección	23	22
En trabajadores	3	3
En todos los niveles	24	23
TOTAL	105	100

Como se puede observar en la presente tabla, 52% de trabajadores manifiestan que la responsabilidad del cumplimiento de metas es sobre todo del jefe inmediato y el 22% manifiesta que la misma es de la Alta Dirección, mientras que 23% manifiesta que la responsabilidad se da en todos los niveles y solo el 3% manifiesta que en todos los niveles. La responsabilidad es un valor que debería ser claramente identificado por todos los trabajadores de una institución y fundamentalmente tiene que ver con el cumplimiento de las obligaciones y funciones. Por esta razón observamos que los usuarios internos identifican a los funcionarios como responsables de la administración, donde en una gestión tradicional sería bien visto; sin embargo en una gestión de resultados debe involucrarse toda la institución compartiendo responsabilidades para el logro de objetivos.

Sin embargo, los resultados del estudio demuestran una vez más que 74% consideran que quienes son los únicos responsables de los resultados de la gestión los altos ejecutivos, y que en parte refleja su falta de confianza y compromiso con la organización, no cumple con las funciones asignadas dentro de su establecimiento y por lo tanto se posponen o postergan las tareas o actividades dentro del plazo establecido, en consecuencia, los objetivos no se cumplen, hay bajo rendimiento, generando un ambiente estresante y tenso lo cual puede redundar negativamente en los indicadores de salud.

c. Comunicación

Tabla 13: Trabajadores de los establecimientos de la Red II según nivel de comunicación. Cajamarca.2017.

Comunicación orientada alcanzar los objetivos	N°	%
No	74	78
Algo	31	22
Conoce flujo de información en Establecimiento		
No	95	90
Algo	3	3
Si	7	7
Acepta la comunicación de Vertical		
Desconoce	2	1
No	23	23
Algo	54	51
Si	26	25
Hay comunicación ascendente		
Desconoce	31	30
No	29	26
Algo	9	8
Si	36	36
Directivos saben y atienden problemas de los empleados		
Desconoce	23	22
No	46	44
Algo	30	29
Si	6	5
TOTAL	105	100

En la presente tabla podemos observar que en relación a la comunicación orientada a alcanzar los objetivos, 78% manifiesta que no hay comunicación orientada a alcanzar los objetivos y el 22% manifiesta que algo de la comunicación está orientada a alcanzar los objetivos ; respuesta que puede explicarse por el elevado porcentaje que dice sí mismo; en cuanto a la pregunta si conocen el flujo de información en el establecimiento el 90% manifiesta que No o la desconoce y solo el 7% manifiesta conocer el flujo de información; en relación a la pregunta si se acepta la comunicación vertical el 51% manifiesta que algo y el 23% que No .

Así mismo, en la pregunta si se tiene comunicación ascendente 36% manifiesta que Si y 26% manifiesta que No y en relación a la pregunta los directivos saben y atienden los problemas de los empleados el 44% manifiesta que No y solo el 5% manifiesta que Si conocen y entienden los problemas de los trabajadores.

Almeida M (2013), indica que la comunicación es la esencia de la actividad organizativa y es imprescindible para su buen funcionamiento y además considera que ... Una buena comunicación mejora la competitividad de la organización, su adaptación a los cambios del entorno, facilita el logro de los objetivos y metas establecidas, satisface las propias necesidades y la de los participantes, coordina y controla las actividades y fomenta una buena motivación, compromiso, responsabilidad, implicación y participación de sus integrantes y un buen clima integrador de trabajo⁶².

En el caso de los trabajadores de salud, esto implica que es necesario que tengan conocimiento desde la visión y misión de su propia institución, saber quiénes y qué hacen y para qué, es como definir cuál es su cultura y la propia filosofía de su organización, que obviamente tiene que ver con valores, actitudes, creencias y experiencias. El

conocimiento de estos aspectos es clave para determinar las estrategias de comunicación y que como se puede apreciar en estos espacios laborales las respuestas son en negativo.

Sin embargo se podría señalar a los responsables directos de una deficiente comunicación, que generalmente son las cabezas de una organización y deben ejercer un verdadero liderazgo determinando redes y mecanismos de comunicación interna, siendo de vital importancia fomentar la participación y el compromiso de las personas que forman la organización.

La comunicación es la acción consciente de intercambiar información entre dos o más participantes con el fin de transmitir o recibir significados, esta premisa nos lleva analizar en los establecimientos de salud del ámbito de estudio, no se cuenta con una comunicación efectiva que permita la consecución de objetivos entre el personal y por lo tanto se mantiene una gestión tradicional basada en la jerarquización por niveles, lo cual genera confusión en los flujos de información y por lo tanto no se atiende los problemas de los trabajadores.²⁷

La comunicación es un elemento clave dentro de una institución ya sea pública y privada lo cual genera no solo relaciones horizontales que permitan mejorar los procesos de salud – enfermedad, sino que permite brindar asistencia técnica, generar una comunicación asertiva que permita la toma de decisiones como unidad y no generar situaciones alternas que menoscaban la vida institucional a favor de la población.

d. Toma de decisiones

Tabla 14: Trabajadores de los establecimientos de la Red II según nivel donde se toman las decisiones. Cajamarca. 2017

Nivel en que se toman las decisiones	N°	%
En el nivel superior	67	64
En niveles superiores, con una cierta delegación.	38	36

Lugar de aplicación del conocimiento técnico y profesional para tomar decisiones	N°	%
No sabe	16	15
Hasta cierto punto a través de la Institución	89	85

Los empleados no son implicados en las decisiones relacionadas con su trabajo	N°	%
Absolutamente No	105	100

La toma de decisiones contribuye a la motivación	N°	%
No sabe	16	15
Relativamente, debilita la motivación	89	85
TOTAL	105	100

Respecto de la toma de decisiones, los resultados muestra primeramente, en qué nivel se toman las decisiones, y entonces 64% manifiesta que sobre todo se da en el nivel superior, mientras que 36% indica que en los niveles superiores pero con una cierta delegación. En cuanto a la pregunta de, si el conocimiento técnico y profesional es usado en la toma de decisiones, 85% manifiesta que hasta cierto punto a través de la organización y los restantes “no saben”; en relación a la pregunta si los empleados están implicados en las decisiones relacionadas su trabajo la totalidad considera que absolutamente No y finalmente en relación a la pregunta de que “si el procedimiento de toma de decisión contribuye a la motivación” el 85% piensa que se da de manera relativa, debilita la motivación y el 15% manifiesta No saber.

La toma de decisiones es muy habitual en la vida diaria de todas las personas, y al estar tan en contacto con ella desde que tenemos conciencia, pasamos a realizarla casi inadvertidamente, vislumbrándola como parte de nuestro aprendizaje vital.

Del Carmen S (2016), dice que “ El proceso de toma de decisiones en la función gerencial constituye un medio fundamental para propiciar el logro de los objetivos planteados por un gestor en toda institución; en tal sentido, su ejercicio no puede depender de la sola experiencia o intuición de quien toma la decisión, sino que requiere estar sostenido en el conocimiento y uso adecuado de herramientas que permitan arribar a decisiones acertadas, basadas en las mejores evidencias disponibles, máxime en un área de gestión tan relevante y de escenarios cambiantes, como lo es la gestión sanitaria²⁸

Los momentos en que se ha de tomar una decisión son significativos, ya que por medio de ella podemos estudiar un problema determinado o situación que es valorada y considerada hondamente para elegir la vía más adecuada a seguir según las diferentes opciones y operaciones.

De acuerdo a la teoría positiva de las instituciones en el proceso de la Cultura Organizacional, El neo-institucionalismo también ha emergido en el campo de la política, en reacción a concepciones de conducta política de carácter atomístico, no solo por su visión de la acción como producto de individuos racionales orientados a metas, sino también por concepción abstracta y asocial de los contextos en los cuales esos objetivos son perseguidos. La teoría positiva de las instituciones se ocupa de la toma de decisiones política, especialmente, de los modos en que las estructuras políticas o instituciones modelan tales decisiones. Este enfoque complementa al del neo-institucionalismo económico su esfuerzo por vincular los intereses de los actores con los emergentes políticos.²⁹

Cuando un directivo se enfrenta a una toma de decisión en su organización, además de entender la situación que se presenta, debe tener la capacidad de analizar, evaluar, reunir alternativas, considerar las variables, etc. Con el fin de encontrar soluciones razonables; es decir, tratar de tomar decisiones basadas en la racionalidad.

Sin embargo podemos observar que en los establecimientos de salud del ámbito de estudio se toman las decisiones en los niveles altos y / o de carácter político sin tener en cuenta muchas veces la parte técnica contraponiéndose a los objetivos de la institución trayendo consigo graves problemas en cuanto a la salud de la población.

Si tomamos en cuenta la definición de la toma de decisiones manifiesta que una de las bases en que sustenta la buena toma de decisiones en cualquier organización, se refiere al aprovechamiento de conocimiento, ya que si quien toma la decisión posee conocimientos, ya sea de los sucesos que encierren el problema o en un contexto similar, entonces este saber puede utilizarse para seleccionar un curso de acción que le sea favorable a dicho problema.

Es importante mencionar que la toma de decisiones que se lleva a cabo dentro de las instituciones debe cumplir con ciertas características como son: ser rápida, oportuna, fundamentada en información concreta, que permita tomar decisiones eficientes, efectivas y con un bajo costo para la institución; pues de ello dependerá el éxito o fracaso de una organización

Por esta razón resulta incuestionable, que en cualquier área de la actividad humana, una correcta toma de decisiones debe estar respaldada en confiables fuentes de información, ya que al consolidarse ésta como un recurso trascendental y esencial en este proceso, la información crea la posibilidad de elegir y tomar decisiones rápidas y certeras. De esta

forma, cuando se van alcanzando los resultados de las acciones determinadas y planeadas, la utilización correcta de información nos permite comparar los efectos con los modelos establecidos y poner en marcha medidas correctoras.³⁰

e. Metas de la organización

Tabla 15: Trabajadores de los establecimientos de la Red II Cajamarca según Metas de la organización.

Como se establecen las metas de organización	Nº	%
No sabe	16	13
A partir de órdenes publicadas	89	87
Resistencia secreta está presente para lograr las metas		
No sabe	16	13
resistencia moderada	89	87
TOTAL	105	100

En la presente tabla podemos observar que en relación a la pregunta cómo se establecen las metas de organización el 87% manifiesta que se dan mediante órdenes publicadas y el 13% manifiestan que no saben; en cuanto a la pregunta cuánta resistencia secreta está presente para lograr las metas el 87% manifiesta que hay una resistencia moderada y solo el 13% manifiesta no saber si hay resistencia secreta para el logro de los objetivos.

Como podemos analizar en relación a las metas de la organización son identificadas como responsabilidad de los niveles superiores y esto se corrobora al darnos cuenta que los temas de comunicación no están claramente definidos trayendo como consecuencia la comunicación escrita donde se establece la productividad alcanzar y por ende las metas de la institución, donde muchas veces al personal no se lo involucra en las reuniones de planificación para definición de metas generando el desconocimiento y falta de compromiso para el cumplimiento de las mismas.

A este proceso, se suma las responsabilidades administrativas que por función hay que cumplir lo cual genera un proceso rutinario para el desarrollo de las actividades donde es mejor enviar documento que conversar y dar un proceso de enseñanza aprendizaje bajo el supuesto “papelito manda”, esta burocratización del estado unido a la falta de compromiso han generado ésta situación en relación al cumplimiento de metas.

f. Vigilancia de las medidas internas (Control)

Tabla 16: Vigilancia de las medidas internas de los trabajadores de los establecimientos de la Red II Cajamarca.2017

Hay una organización informal	n	%
No	16	13
Si, Generalmente	89	87
Cómo se utiliza datos del control con resultados negativos		
Con llamadas de atención /castigo	89	87
Autocorrección	16	13
Existe Trabajo en equipo cooperativo		
NO	105	100
TOTAL	105	100

En la presente tabla podemos observar que en relación con la pregunta si hay una organización informal el 87% manifiesta que sí, generalmente y el 13% manifiesta que No hay una organización informal. En cuanto a la pregunta Cómo se utiliza la productividad y otros datos del control el 87% manifiesta que generalmente y sólo el 13% manifiesta que no, ellos comparten las mismas metas. En relación a la pregunta si Existe trabajo en equipo cooperativo el 68% manifiesta que existe poco trabajo en equipo cooperativo y sólo el 32% manifiesta que existe algo de trabajo en equipo corporativo.

La vigilancia o control dentro de una institución son pilares importantes para llevar a cabo una buena administración de los servicios, el vigilar implica determinar algunos riesgos que pueden alterar el buen funcionamiento del establecimiento y por ende el cumplimiento de las funciones del personal.

Sin embargo, en la gestión observamos que el vigilar o controlar implica fiscalización y por lo tanto sanciones o hasta despidos por mal utilizar estas medidas al interior de la organización.

No podemos perder de vista la importancia de la organización en una institución, ya que es imperativo reconocer que el recurso humano es la base fundamental dentro de los procesos de administración y gerencia por esta razón es preocupante la percepción de los trabajadores a la formación de una organización informal paralela al sistema generando por supuesto la carencia de un trabajo en equipo y posiblemente por estas razones generando llamadas de atención, castigo (sanciones).

Frente a esta situación; es preocupante ver que en un nuevo enfoque de resultados no podríamos determinar cambios sustantivos en el logro de los objetivos ya que los trabajadores pueden cumplir una meta pero sin generar compromiso en las actividades que realiza generando la deshumanización como personas en los procesos de atención, preocupándose por problemas internos que distraen o ponen en riesgo los procesos de implantación de nuevos enfoques que contribuyen a la mejora de la salud de la población.

g. Cultura organizacional

Tabla 17: Trabajadores de los establecimientos de la Red II según nivel de Cultura Organizacional Cajamarca.2017

Nivel de Cultura Organizacional	N°	%
Enfermo, tóxico, malsano, sofocación, hostil	19	18
Excesivamente burocrático, hostil	81	77
Un gran lugar para trabajar	5	5
TOTAL	105	100

En la presente tabla podemos observar que en relación al nivel de cultura organizacional, el 77% manifiesta que es excesivamente burocrático, sino no hostil, el 18% manifiesta que es enfermo, tóxico, malsano, sofocación, hostil y solo el 5% manifiesta que es un gran lugar para trabajar.

La Cultura Organizacional, según Daniel R. Denison (1989) afirma que “la cultura organizacional se refiere a los valores, las creencias y los principios fundamentales que constituyen los cimientos del sistema gerencial de una organización”.

La cultura organizacional en pocas palabras es hacerle entender a los trabajadores la razón de ser de la organización y el significado del para que se realizan las cosas de determinada manera, “un sistema cultural reúne los aspectos expresivos y afectivos de la organización, por esta razón al observar que se considera un ambiente excesivamente burocrático y tóxico malsano nos genera cierta grado de preocupación ya que observamos que se anteponen objetivos diferentes a los institucionales la razón de Ser de los servicios de salud, como es Mejorar la salud de la población bajo el principio de vocación de servicio, no en vano escuchamos del propio Ministerio de Salud el lema “Personas que atendemos

personas”; sin embargo sentimos que con los resultados obtenidos en el primer nivel de atención se han dejado de lado estos objetivos poniendo en riesgo la cultura Organizacional de la Institución.

Schein (1988), al referirse a la cultura como un conjunto de valores, necesidades expectativas, creencias, políticas y normas aceptadas y practicadas por ellas, distingue varios niveles de cultura, a) supuestos básicos; b) valores o ideologías; c) artefactos (jergas, historias, rituales y decoración) d; prácticas. Los artefactos y las prácticas expresan los valores e ideologías gerenciales, nos permite evidenciar la complejidad de la cultura organizacional y que además si no se toma en cuenta estos factores dentro de una organización, puede traer serios problemas que pueden alterar la consecución de los objetivos institucionales posponiendo al paciente o usuario por intereses personales o de una organización paralela que no está de acuerdo a las políticas sectoriales y de país.

La cultura organizacional tiene un reto importante dentro de las organizaciones y es concientizar a sus colaboradores del funcionamiento de la organización a través de la cultura empresarial. “La palabra cultura a veces es una matadora que designa el estado de espíritu colectivo, con la frase “así es como se hacen las cosas aquí.”³¹, frente a esta situación no podemos permitir llegar a estos extremos que no sólo genera problemas al interior de la organización, sino que se traslada hacia la población la cual es refrendada por los indicadores de salud que mantenemos como región.

Esta situación no debe ayudar a reflexionar sobre las estrategias que estamos generando para revalorar y capitalizar el talento humano y no solo invertir en infraestructura y equipamiento lo cual genera falta de capacidad resolutive en el extendido de toda la palabra que implica capacidad de resolver los problemas. Al comparar los estudios de Investigación existentes, Según Calle, EA (2016) manifiesta que el papel que juega la

gestión humana en la construcción de la cultura de calidad, con el fin de vislumbrar los intereses a los que responde este discurso y las tensiones que suscita. Situación que corroboramos en el presente estudio ya que al contar una gestión orientada a resultados teniendo en cuanto en primera instancia al recurso humano como eje fundamental en la construcción del sistema de calidad y bajo este concepto mejorar los indicadores sanitarios a nivel país mejorando la calidad de atención de la población y por ende contribuir al desarrollo de nuestro país.

Según Allaire & Firsirotu, así como Hernández, JV; Quintana, LT; Mederos, TR; Guedes, RD; García, BNV & Cabrera, PR (2008), manifiestan el recurso humano fundamentan y materializan los intereses de la organización y que la cultura organizacional reinante en la entidad permite enfrentar los retos y la elevación de la calidad de la asistencia, con lo cual concordamos plenamente luego de los resultados obtenidos y la relación que debe existir entre la gestión del recurso humano y lo que ellos generan en la cultura organizacional para alcanzar un fin que es la calidad de atención al usuario.

Chumpitaz, JIQ (2014), manifiesta que la Cultura Organizacional Actual está orientada al poder y al rol, la Cultura Organizacional Deseada está orientada a la tarea y a la persona, frente a esta situación podríamos concluir que la cultura organizacional actual de los siete establecimientos de salud de la Red de salud II Cajamarca aún se encuentra orientada al poder y al rol, debiendo plantearse estrategias que permitan alcanzar una cultura organizacional ideal orientada a la persona.

La calidad de atención traducida en satisfacción del usuario externo está concebida aun desde la percepción de los usuarios la cual muchas veces ha sido condicionada y este hecho no ha permitido conocer los verdaderos resultados de satisfacción.

La calidad de atención no sólo debe expresarse en capacidad resolutoria, que involucra mayor número de recurso humano, más equipamiento o mejora de infraestructura; sino que debe mirarse al interior de un establecimiento que laboran personas que atienden personas y que por este mismo hecho es importante poner interés en la cultura organizacional.

Así mismo; en el sector Salud se ha incrementado el presupuesto en las diferentes genéricas de gasto; sin embargo los indicadores aún no han tenido los resultados óptimos como por ejemplo es el caso del DCI y Anemia; por esta razón podemos afirmar que ningún nuevo proceso o estrategia se puede implantar en el sistema de salud si no mejoramos la cultura organizacional la cual debe estar acompañado de una estructura técnica y administrativa que permita realmente desarrollar el capital humano que tenemos y de esta manera contribuir a la mejora de la salud de la población.

Schein (1988) manifiesta que la cultura, se caracteriza porque condicionan el comportamiento de la organización, haciendo racional muchas actitudes que unen a la gente, condicionando su modo de pensar, sentir y actuar; por lo tanto, podemos decir que son razones importantes para determinar que la cultura organizacional puede influir en la calidad de atención a los usuarios.

Tabla 18: Correlación de variables Cultura Organizacional y Satisfacción del usuario

Nivel de Cultura Organizacional		Satisfacción			
		Satisfecho		No satisfecho	
		N°	%	N°	%
Excesivamente burocrático, hostil		0	0	170	42
Un gran lugar para trabajar		214	52	0	0
TOTAL		214	52	170	42

Correlación de Pearson $r = 0,9510$

De acuerdo a la correlación de datos podemos decir que el nivel de indiferencia según satisfacción del usuario es del 6%, el nivel de deterioro de la cultura organizacional es de 18%; el grado de insatisfacción del usuario externo es de 42% frente al cultura laboral en riesgo que es del 77%; así mismo el grado de satisfacción es del 52% frente a un buen clima laboral que es del 5%.

Es importante notar que si bien es cierto se tienen 5 niveles de cultura organizacional sólo se han considerado tres para el análisis debido, que sólo se han obtenido datos en estos grados o niveles.

Así mismo; al comparar los estándares de calidad de atención el umbral es de 80%; sin embargo aun cuando la percepción es del 52% no se cumple con los estándares de calidad lo que demuestra que efectivamente si se tiene una cultura organizacional en riesgo o deterioro de la misma e influye en la calidad de atención de los servicios, la cual se evidencia a través de la satisfacción de los usuarios externos.

Por lo tanto reiteramos que los datos obtenidos en el usuario externo dan una respuesta en función de la atención inmediata que recibe y que en la mayoría de circunstancias, el usuario solo evalúa desde su percepción el momento mismo de la atención y dejando de

lado todo el proceso de atención; así mismo es importante notar que los Servicios de Salud están abocados a obtener una meta o cobertura de atención más no se privilegia el protocolo de atención y tampoco se informa al paciente en temas de derechos como usuarios de los servicios por lo que el problema en sí, no se visibiliza.

Si evaluamos en relación a la gestión por resultados, lamentablemente podemos decir que aún seguimos en un proceso de gestión tradicional donde es de forma vertical y no se privilegia el trabajo en equipo, donde los únicos que están de acuerdo con este tipo de gestión son los propios funcionarios, esto genera al interior desánimo y conformación de organizaciones paralelas que lo único que hacen es cumplir un trabajo rutinario desgastante que lo único que pretende es cumplir una meta sin importar la calidad de atención y por ende la razón fundamental de nuestras carreras que es contribuir a la mejora de la calidad de vida de nuestra población.

Finalmente, realizado el análisis e interpretación de los principales indicadores se determinó que la existencia de una cultura organizacional en riesgo condiciona la calidad de atención de salud de nuestra población, manifestado a través de la insatisfacción de los usuarios externos, lo que demuestra una relación directa entre ambas variables de estudio.

CONCLUSIONES

El análisis y discusión de los resultados obtenidos permitieron llegar a las siguientes conclusiones:

- De la Cultura organizacional:

De acuerdo a las características encontradas en el estudio, se determinó la falta de confianza hacia los directivos, predominando el miedo o castigo y la falta de motivación para cumplir con el trabajo encomendado. Consideran que la responsabilidad del cumplimiento de metas institucionales recae solamente en los directivos y la mayoría considera que hay poca o nula participación de los trabajadores en la toma de decisiones, generando subgrupos de poder al interior de la institución.

Se concluye que la cultura organizacional en los 7 establecimientos de salud de acuerdo a los ítems de evaluación se encuentra En Riesgo.

- De la calidad de atención:

Esta variable medida como satisfacción de los usuarios externos en estudio, 70% tienen edades entre 18 y 34 años, mayormente mujeres que viven el área urbana con primaria completa y van al establecimiento de salud porque está cerca. Dos tercios consideran haber sido bien y le brindaron confianza para expresar su problema y que le hicieron un examen completo. A casi la misma proporción de usuarios no le explicaron con palabras sencillas el problema de salud y el tratamiento a seguir en casa. En relación al acceso, la mayoría considera que los horarios no son convenientes y el tiempo de espera es mucho, pero se sienten seguros y cómodos en

el establecimiento. Finalmente se encontró que 52% indican estar satisfechos con la calidad de atención que se oferta en estos establecimientos investigados.

Por lo tanto; de acuerdo a los resultados obtenidos, se corrobora la hipótesis del estudio.

RECOMENDACIONES

A los decisores del Sector Salud, de todos los niveles de gobierno

- Retomar los componentes de la gestión de la calidad como pilares para el desarrollo de una gestión eficiente y de acuerdo a los retos actuales.
- Establecer lineamientos orientados a la cultura organizacional a nivel del sector salud que contribuya a mejorar la calidad de atención los usuarios.
- Gestionar una política de desarrollo del recurso humano tomando en cuenta las características propias de la región y que permita atender mejor a nuestra población.

A la academia: pregrado y posgrado

- Poner en valor el proceso de formación a partir de una cultura organizacional que permita fortalecer procesos de gestión y asistencia de los servicios que contribuya a la mejora de la calidad de vida de la población.
- Propiciar estudios similares que contribuyan la toma de decisiones de quienes dirigen las instituciones de salud y otras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez, I, Pérez L & Pérez Yarinma .Cultura Organizacional: Nueva tendencia de la gerencia recurso humanos hacia la competitividad; 2003
2. Mayra M, Marcillo-Indacochea MM; Diana C. Barcia-Pincay DC; Soledispa-Reyes SG; Calle-García JI.; Indacochea- Ganchozo BS. Cultura organizacional de servicio al cliente en las entidades públicas del sector educativo.:Vol. 4, pp. 373-384; 2017
3. Calidad de la Atención de Salud; Indicadores de Calidad de la Atención de Salud; Servicios de Salud – Habana: 2004.
4. Pretince Hall, 1999. México
5. Gestión de la Calidad – MINSA.enero.373-384: 2014
URL:<http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/index>
6. Estrategia de Salud de UNICEF 2016-2030.
7. Stewart, Jim. Cultura Organizacional: Nueva Tendencia de Recursos Humanos,1992
8. Bobadilla, P. La Gerencia Social en el Nuevo Siglo , 2004
9. Robbins, Stephen P; Judge, Timothy A. Comportamiento Organizacional. Decimotercera edición: 2009
10. Robbins, P. (2004), Comportamiento organizacional, Pearson Educación. Mex. 10a. ed.
11. Domínguez, S; Rodríguez, BD & Navarro, JAD. La cultura organizacional para los sistemas organizacionales de salud – 2009
12. Ministerio de Salud. Dirección Ejecutiva de Calidad – Sistema de Gestión de la Calidad – MINSA 2000.
13. Marrion Estienne, (1997) "An organizational culture compatible with employability", Industrial and Commercial Training, Vol. 29 Issue: 6, pp.194-199
14. Ministerio de Salud – Dirección de Calidad. Encuesta satisfacción Usuario Externo. 2013
15. Rios, A. Definición de cultura Organizacional. Nov 1999
16. Ministerio de Salud Direccion Ejecutiva Salud de las Personas. Modelo de Atención Integral en Salud. 2013

17. Rosa-Jiménez F., M. Montijano Cabrera, Herráiz Montalvo I, Zambrana García L. ¿Solicitan las mujeres más consultas al área médica que los hombres? vol.22 no.11 nov. 2005
18. Mariños Anticona, JC. Ministerio de Salud del Perú .Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú. Lima, 2012
19. Ministerio de Salud. Modelo de atención Integral en salud basado en familia y comunidad – MINSa. Lima: 2012
20. Ministerio de Salud Reglamento De La Ley N° 29414, Ley Que Establece Los Derechos d Las Personas Usuarias De Los Servicios De Salud. Lima: 2016
21. Parra, S.D. La obligación de informar al paciente. Cuestiones sobre el derecho a ser informado. Rev Med Chile 2013; 141: 1578-1583.
22. Vall Casas, Aurora; Rodríguez Parada, Concepción (2008). "El derecho a la información el paciente: una aproximación legal y deontológica". BID: textos universitarios de biblioteconomía y documentación, núm. 21 Dic. <<http://bid.ub.edu/21/vall2.htm>>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1344/105.000000324> [Consulta: 18-02-2019].
23. Avedis Donabedian. Reflexiones sobre Calidad Asistencial. JAMA: 260:1743-8. 1988.
24. Ministerio de Salud Dirección Ejecutiva de Calidad – Sistema de Gestión de la Calidad – MINSa 2000.
25. Yáñez Gallardo R., Ahumada Figueroa L. & Cova Solar F. Factores para el desarrollo de la Confianza social. 2015
26. Recursos Humanos: La Importancia De La Motivación E Incentivos Para Los Trabajadores. Lope, L; Reyna C; Hernández, F. 2013.
27. Luís Álvaro Moreno Espinoza. Comunicación Efectiva para el Logro de una Visión Compartida. 2009
28. Del Carmen Sara, José (2016)La toma de decisiones en salud pública no puede depender sólo de la experiencia o la intuición. Universidad de Piura. UDEP
29. Terry M, Moe. (1995)La Teoría positiva de la burocracia pública. Retomando el debate de ayer para fortalecer el actual. Lecturas sobre el estado y las políticas públicas
30. Villanueva Flores, Leslie. La toma de decisiones en la organización y el gran valor del profesional de la información en su desarrollo.marzo 2015

31. Abravanel et al. Cultura organizacional: aspectos teóricos, prácticos y metodológicos. Bogotá: Legis, P. 44. 1992
32. León Román CA. Reflexión y debate Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras"
33. ciudad de La Habana, Cuba La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado²⁷ Rev Cubana Enfermería 2006;22(3).
34. Pedraza, A. L., Obispo, S. K., Vásquez, G. L., Gómez, G. L. Cultura organizacional desde la teoría de Edgar Schein: estudio fenomenológico, Clío América, 9 (17), pp-pp. 17 – 25.2015
35. Ogbonna, E; Wilkinson, B. "The false promise of organizational culture change: a case study of middle managers in grocery retailing". En: Journal of Management Studies, 40: 5, pp. 1151-1178. 2003
36. Armstrong, M. Gerencia de Recursos Humanos: Editorial Legis. Santa Fe de Bogotá.1991
37. Araujo E. Implantación de la Calidad en los Servicios de Salud: Perú.1992
38. Passos, NR. La Gestión de Calidad Total en la Perspectiva de los servicios de Salud. Río de Janeiro.1992
39. Audirac, C. ABC del Desarrollo Organizacional. Trillas, México.1994
40. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Gerencia de Calidad Total en Salud. 1994
41. Audirac, Et.al. ABC del Desarrollo Organizacional. Trillas, México.1994
42. Organización Panamericana de la Salud//Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Salud Pública del Ecuador: Gerencia de Calidad Total en Salud. 1994.
43. Ministerio de Salud. Política de Salud 1995-2000: Hacia la equidad, eficiencia y calidad en salud, Perú. 1995.
44. Ministerio de Salud: Reforma del Sector Salud, Lima.1995
45. Ministerio de Salud: Política de Salud 1995-2000, Hacia la equidad, eficiencia y calidad en salud.1995
46. Berry, L. Un buen servicio ya no basta: Cuatro principios del servicio excepcional al cliente. Editorial Norma, Colombia.1996
47. Gilmore, C; Novaes, H. Manual de Gerencia de la Calidad, Serie HSP-UNI/Manuales Operativos PALTEX Volumen III, N° 9, Organización Panamericana de la Salud.1996

48. Berry, L. ¡Un buen servicio ya no basta!, Cuatro principios del servicio excepcional al cliente. Ed. Norma, Colombia.1996
49. Gilmore, C & Novaes, H. Manual de Gerencia de la Calidad, Serie HSP-UNI/Manuales Operativos PALTEX Volumen III, N° 9, Organización Panamericana de la Salud. 1996.
50. Universidad Peruana Cayetano Heredia. La Oferta de Servicios de Salud en Cajamarca, Programa de Cursos Avanzados en Atención Primaria y Salud Pública – Cajamarca.1996
51. Otero, J. Implantación de la calidad total en la Clínica Ricardo Palma. Perú.1997.Ishihara, J. Experiencia Nacional en el Uso de Herramientas de la Calidad en el IPSS. Perú. 1997
52. Instituto Peruano de Seguridad Social. Medición de Calidad de Servicio al Usuario Externo, Perú. 1997
53. Universidad Peruana Cayetano Heredia.Módulo Mejora de Proceso y Calidad Maestría en Salud Pública con mención en Gestión de los servicios de Salud, sede Cajamarca. 2000
54. Ministerio de Salud, Servicios de Salud en Redes, Dirección de Salud La libertad, Enero de 2000.
55. Hernández, V; Lázaro, T; Mederos, R; Guedes, R; García V & Cabrera, P. Influencia de la cultura organizacional en la calidad del servicio en el Hospital "Mario Muñoz Monroy", Perú. 2008
56. Hernández, V; Quintana, L; Mederos, R; Guedes, R; García, B. Motivación, satisfacción laboral, liderazgo y su relación con la calidad del servicio. Ciudad de la Habana. Rev. Club Med Mil v.38 n.1 ene.-mar. 2009
57. García C, Rodríguez S, Suárez Construcción de la cultura de calidad en hospital público a partir de la gestión humana: tensiones y paradojas. Universidad Piloto de Colombia, Bogotá. 2010
58. Chumpitaz, J Cultura organizacional de la profesión de enfermería actual y deseada por las enfermeras del Hno. “Luis n. Sáenz” PNP, Perú Morales. 2010 Tesis para optar grado de Magister en Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. 2014

59. Morales F, Fernanda M. La cultura organizacional en relación a la calidad de servicio al cliente del personal de la Tablita Group Cía. Ltda. Informe Final del Trabajo de Titulación de Psicóloga Industrial. Carrera de Psicología Industrial: UCE. 161 p. Quito. 2014.
60. Restrepo, G. La cultura organizacional y su influencia en la implementación de los sistemas de información en instituciones de salud: revisión de la literatura. Medellín. Colombia. 2015
61. Núñez, G. Influencia de la cultura y clima organizacional en la satisfacción de la atención percibida por los usuarios de consulta externa del Hospital Nacional Carlos Alberto Según Escobedo Es Salud, Arequipa. 2015
62. Pérez-Larrazábal J., Aranda-Carmena M. y Topa G. Influencia de la cultura organizacional de las unidades de enfermería en la intención de permanencia y las conductas de ciudadanía: un estudio multimuestra. vol.12 no.2, Madrid. 2015.
63. Restrepo Quintero, G. La cultura organizacional y su influencia en la implementación de los sistemas de información en instituciones de salud: revisión de la literatura. Tesis para obtener el grado de Magister en Calidad en Salud. Facultad de Medicina. Medellín. Repositorio Digital Institucional, Colombia. 2015.
64. Calle, E. Características de la Cultura Organizacional y el nivel de la calidad de atención en los servicios de enfermería en el hospital Hugo Pesce Pescetto De Andahuaylas, Perú. 2016
65. Silva, M. Cultura organizacional y la calidad de atención en el servicio del hospital Vitarte. Ate, Perú. 2017.
66. Arboleda, G, & López, G (2017) Cultura organizacional en las instituciones prestadoras de servicios de salud del Valle de Aburra. Colombia.
67. Almeida MM (2013). Corporaciones, Empleados y empresas: equipos, estructuras y habilidades de los líderes. <https://mangasverdes.es/wp-content/cache/all/2013/03/11/6-habilidades-del-lider-en-social-media//index.html>

ANEXOS

PERCEPCIÓN USUARIO EXTERNO SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN- RED II
CAJAMARCA

Número de encuesta

Fecha: Día Mes Año

Buenas, estamos haciendo un estudio con los usuarios para conocer mejor sus necesidades y su opinión sobre el servicio que se da aquí. Sus respuestas son confidenciales, así que le agradecemos ser lo más sincero posible.

Parte I: Aspectos Generales

¿Cuál es su edad? Años Sexo M F

1 = Urbano
2 = Rural
3 = Urbano marginal
(pueblo joven)

¿ Es trabajador de la Institución SI NO
(colocar de donde viene)

Procedencia

Cuál es su Grado de Instrucción

1 = Analfabeto
2 = Primaria
3 = Secundaria
4 = Superior técnica
5 = Superior Universitaria
6 = No sabe/ no opina

¿Porque vino al establecimiento de salud? Está más cerca () Está más barato () Es el único () No tengo seguro () La atención es buena ()

Parte II: Percepción del usuario respecto a la atención recibida

Respeto

1. ¿Durante su permanencia en el EESS cómo lo trataron? Bien Mal No opina
2. ¿El personal le brindó la confianza necesario para expresar el motivo de su visita/ problema? Sí No No opina

Eficacia

3. ¿Considera Ud. Que durante la consulta médica le hicieron un examen completo? Sí No No opina

Información

4. ¿Le explicaron a Ud. El examen que le van a realizar? Sí No No opina
5. ¿Le explicaron con palabras sencillas su problema de salud? Sí No No opina

6. ¿En su receta le escribieron las indicaciones de su tratamiento? Si No No Opina

7. ¿le explicaron los cuidados y tratamiento a seguir en su domicilio? Sí No No opina

Accesibilidad

8. ¿El horario de atención le parece conveniente? Sí No No opina

9. Las tarifas están a su alcance: Sí No No opina

10. ¿El personal de salud respeta sus costumbres/creencias de cuidado de su salud? Sí No No opina

Oportunidad

11. Ud. Cree que el tiempo que ha esperado para su atención es Mucho Adecuado Poco

Seguridad

12. Le parece a Ud. los ambientes cómodos del establecimiento? Sí No No opina

13. ¿Ud. Cree que el establecimiento se encuentra limpio? Sí No No opina

14. ¿Ud. siente que respetaron su privacidad durante la consulta? Sí No No opina

Satisfacción Global

15. ¿Ud. siente que le resolvieron su problema por el cual acudió al EESS? Sí No No opina

16. En términos generales ¿Ud. se siente satisfecho con la atención recibida? Sí No No opina

TEST PARA EVALUAR LA CULTURA ORGANIZACIONAL

Buenos Días, esperando que tenga un buen día, le hemos traído un test que consta de 20 preguntas, es totalmente anónimo, para lo cual deberás contestar a las preguntas determinando donde está ubicado tu Establecimiento de salud, deberá Contestar todas las preguntas para determinar la cultura de tu establecimiento, para que de esta forma puedas trabajar mejor.

Deberá marcar la opción que UD. crea conveniente con una X.

Relaciones con Jefatura/ Directivos

1. ¿Los Directivos tienen confianza en los trabajadores?
No sabe (0), No tiene confianza (1), Pequeña confianza (5), Sustancial confianza (10), Completa confianza (15)
2. ¿Los empleados tienen libertad para hablar con los directivos o jefes sobre su trabajo?
No sabe (0), No en todos (1), no mucho (5), Medianamente libres (10), totalmente (15)
3. ¿Se buscan y se utilizan las ideas de los empleados?
No sabe (0), raramente (1), a veces (5), generalmente (10), Siempre (15)

MOTIVACION

4. Cómo la gerencia hace uso predominante de: ¿Miedo, amenazas, castigo, recompensas e implicación?
No sabe (0), sobre todo miedo, amenazas, castigo con las recompensas ocasionales (1), Recompensas, un cierto castigo (5), una cierta implicación (10), Sobre todo las recompensas y la implicación basadas en metas (15)
5. ¿Dónde cree Ud. que recae la mayor responsabilidad para alcanzar las metas de la organización?
No sabe (0), Jefe inmediata (1), En alta dirección (5), en trabajadores (10), en todos los niveles (15)

COMUNICACION

6. ¿Cuánta comunicación está orientada para alcanzar los objetivos del Establecimiento?
No sabe (0), Desconoce (1), No (5), algo (10), Si mucho (15)
7. ¿Conoce cuál es el flujo de información dentro del Establecimiento?
No sabe (0), Desconoce (1), No (5), algo (10), Si (15)

8. ¿Ud. acepta la comunicación de Vertical

No sabe (0), Desconoce (1), No (5), algo (10), Si mucho (15)

9. ¿Ud. Cree que hay una comunicación ascendente?

No sabe (0), Desconoce (1), No (5), algo (10), Si mucho (15)

10. Ud. Cree que los Directivos saben y atienden los problemas de los trabajadores?

No sabe (0), Desconoce (1), No (5), algo (10), Si mucho (15)

TOMA DE DECISIONES

11. ¿En qué nivel se toman las decisiones?

No sabe (0), sobre todo en el nivel superior (1), política en los niveles superiores, una cierta delegación (5), amplia política en la jefatura, más delegación (10), decisiones tomadas en todas partes, bien integrado con las metas totales de la organización (15)

12. ¿Dónde se aplica el conocimiento técnico y profesional para la toma de decisión?

No sabe (0), la gerencia superior de la gerencia (1), superior y media (5), hasta cierto punto a través de la organización (10), siempre a través de la organización (15)

13. ¿Cuánto son los empleados implicados en las decisiones relacionadas y que afectan su trabajo?

No sabe (0), en absoluto (1), consultado de vez en cuando (5), consultado generalmente (10), implicado completamente (15)

14. ¿El procedimiento de toma de decisión contribuye a la motivación?

No sabe (0), generalmente nada (1), relativamente, debilita la motivación (5), una cierta contribución (10), contribución substancial (15)

METAS DE LA ORGANIZACIÓN

15. ¿Cómo se establecen las metas de organización?

No sabe (0), las órdenes publicadas (1), sobre todo por órdenes, con un cierto comentario invitado (5), órdenes publicadas después de la discusión (10), sobre todo por la acción del grupo (15)

16. ¿Cuánta resistencia secreta está presente para lograr las metas?

No sabe (0), la resistencia fuerte (1), la resistencia moderada (5), una cierta resistencia ocasionalmente (10), poco o ninguna (15)

VIGILAR LAS MEDIDAS

17. ¿Hay una organización informal al interior de la organización formal?

No sabe (0), sí (1), generalmente (5), a veces (10), no, ellos comparten las mismas metas (15)

18. ¿Cómo se utilizan los datos del “control” con resultados negativos?

No sabe (0), Desconoce (1), no hacen nada (5), Con llamadas de atención y castigo (10), Autocorrección (15)

19. ¿Cuánto trabajo en equipo cooperativo existe?

No sabe (0), ninguno (1), poco (5), algo (10), gran trabajo en equipo (15)

20. ¿Cuál es el Grado total de la cultura corporativa?

No sabe (0), enfermo, tóxico, malsano, sofocación, hostil (1), excesivamente burocrático, no hostil (5), trabajando para mejorar la productividad (10), gran lugar para trabajar (15)

Puntuación	Clasificación Cultura	
1	Urge Cambio Organización	
5	Deterioro del clima organizacional	
10	Clima laboral en riesgo	
15	Buen Clima Laboral	

Tabla de Comparación de la fiabilidad del cuestionario original (Denison, Janovics y Young, 2005; Denison, Janovics, Young y Cho, 2006) y de su adaptación al castellano

	α Cronbach (Adaptación)	α Cronbach (Original)
Implicación	0,90	0,90
Confianza	0,79	0,77
Trabajo en equipo	0,80	0,83
Motivación	0,72	0,70
Consistencia	0,87	0,88
Valores centrales	0,68	0,70
Responsabilidad	0,80	0,75
comunicación	0,70	0,78
Adaptabilidad	0,87	0,87
Orientación al cambio	0,78	0,76
Organización	0,70	0,75

Misión	0,93	0,92
Toma de decisiones	0,88	0,85
Metas y Objetivos	0,86	0,80

Consentimiento Informado para Participar en Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por la Lic. Ada Polanco Esaine de la escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca, con el objetivo de realizar una investigación en "CULTURA ORGANIZACIONAL Y CALIDAD DE ATENCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA RED DE SALUD II CAJAMARCA – 2017"

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente _____ minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante la sesión quedara en estricta confidencialidad.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas en el cuestionario le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por_____. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es para determina CULTURA ORGANIZACIONAL Y CALIDAD DE ATENCION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA RED DE SALUD II CAJAMARCA - 2017

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante
Fecha
(En letras de imprenta)

Firma del Participante

MAPA AMBITO RED II CAJAMARCA

