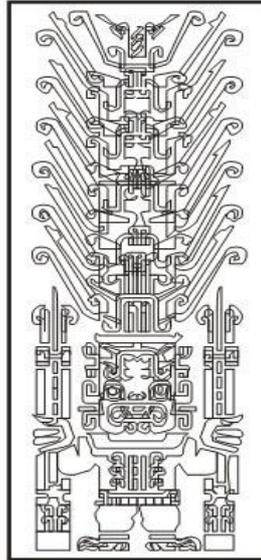


**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL  
ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO**



**TESIS**

**“GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y SERVICIOS DE ATENCIÓN AL  
USUARIO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA  
REGIÓN CALLAO”.**

**PRESENTADO POR:**

**CABANA FANOLA HILDA GERARDINA**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA SOCIAL**

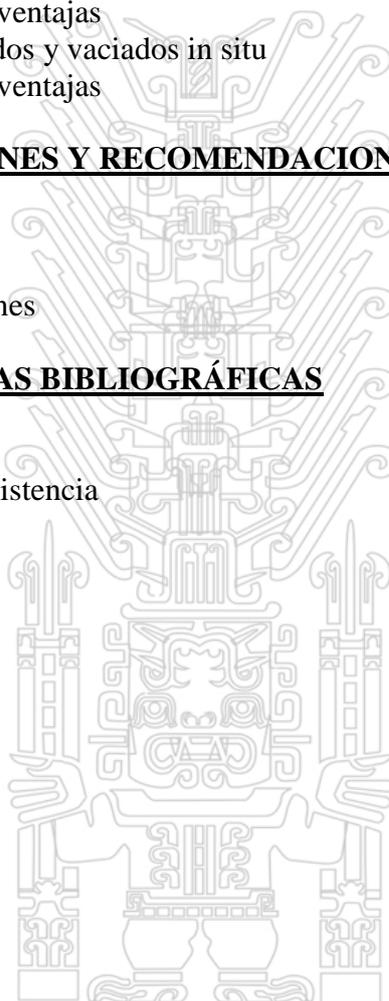
**LIMA – PERÚ**

**2018**

## ÍNDICE

| <u>Descripción</u> |   | <u>N° de</u> |
|--------------------|---|--------------|
| <u>Página</u>      |   |              |
| CARATULA           |   | 01           |
| DEDICATORIA        |   | 02           |
| RESUMEN            |   | 03 - 04      |
| ABSTRACT           |   | 04 - 06      |
| ÍNDICE             |   | 07 - 09      |
| INTRODUCCIÓN       |   | 10 - 14      |
| <b>I.</b>          | <b><u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u></b>                | 15 - 24      |
| 1.1                | Antecedentes  | 15 - 18      |
| 1.2                | Problema  | 18 - 21      |
| 1.2.1              | Descripción del Problema                                | 18 - 19      |
| 1.2.2              | Formulación del Problema                                | 19 - 21      |
| 1.2.2.1            | Problema Principal                                      | 20           |
| 1.2.2.2            | Problemas Específicos                                   | 21           |
| 1.3                | Justificación e Importancia                             | 21 - 22      |
| 1.4                | Objetivos   | 23           |
| 1.4.1              | Objetivo General  | 23           |
| 1.4.2              | Objetivos Específicos                                   | 23           |
| 1.5                | Limitaciones  | 24           |
| <b>II.</b>         | <b><u>MARCO TEÓRICO</u></b>                             | 25 - 79      |
| 2.1                | Marco Conceptual  | 25 - 67      |
| 2.2                | Estado del Arte   | 68 - 78      |
| 2.3                | Hipótesis   | 79           |
| 2.3.1              | Hipótesis General                                       | 79           |
| 2.3.2              | Hipótesis Secundarias                                   | 79           |
| 2.3.3              | Variables   | 79           |
| <b>III.</b>        | <b><u>MARCO METODOLÓGICO</u></b>                        | 80 - 84      |
| 3.1                | Tipo de investigación                                   | 80           |
| 3.2                | Diseño de investigación                                 | 82           |
| 3.3                | Nivel de investigación                                  | 82           |
| 3.4                | Población y muestra                                     | 82 - 83      |
| 3.5                | Técnicas e Instrumentos de la investigación             | 84           |
| <b>IV.</b>         | <b><u>PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</u></b>                | 85 -         |
| 228                |   |              |
| 4.1                | Análisis  | 85           |
| 4.1.1              | Pilote de concreto armado, prefabricado e hincado       | 86 -         |
| 115                |   |              |
| 4.1.2              | Pilote de concreto armado, excavado y vaceado “in situ” | 116-         |
| 160                |   |              |
| 4.1.3              | Pilote de madera, tratado e hincado                     | 161-         |
| 186                |   |              |

|              |   |      |
|--------------|---|------|
| 4.1.4        | Pilote metálico, pintado e hincado                | 187- |
| 207          |   |      |
| 4.1.5        | Pilote de concreto armado, prefabricado e hincado | 208- |
| 228          |   |      |
| <b>V.</b>    | <b><u>DISCUSIÓN</u></b>                           | 229- |
| 231          |   |      |
| 5.1          | Discusión de los resultados                       | 229  |
| 5.1.1        | Pilotes hincados                                  | 229  |
|              | Ventajas y Desventajas                            | 229  |
| 5.1.2        | Pilotes hincados y vaceados “in situ”             | 230  |
|              | Ventajas y Desventajas                            | 230  |
| 5.1.3        | Pilotes perforados y vaciados in situ             | 231  |
|              | Ventajas y Desventajas                            | 231  |
| <b>VI.</b>   | <b><u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u></b>      | 232- |
| 233          |   |      |
| 6.1          | Conclusiones                                      | 232  |
| 6.2          | Recomendaciones                                   | 233  |
| <b>VII.</b>  | <b><u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>          | 234  |
| <b>VIII.</b> | <b><u>ANEXOS</u></b>                              | 235  |
|              | Matriz de Consistencia                            |      |



## RESUMEN

La investigación titulada GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN CALLAO, parte formulándose el siguiente problema: ¿Cuál es la relación entre la gestión administrativa con la satisfacción del usuario por los servicios de atención en los establecimientos de salud de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión)?; el objetivo que persigue es: Determinar la relación entre la gestión administrativa con la satisfacción del usuario por los servicios de atención en los establecimientos de salud de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión). La hipótesis formulada es: Cuanto mejor sea la gestión administrativa, menor será el nivel de insatisfacción del usuario por los servicios de atención de los establecimientos de salud de la Región Callao (Hospital de Ventanilla). El método utilizado ha sido el científico y de forma específica el histórico y descriptivo. La población está conformada por 3700 entre trabajadores y usuarios. La muestra está conformada por 350 usuarios y trabajadores.

Los resultados de la investigación social, empírica nos han permitido elaborar conclusiones importantísimas como de que al mejorar la gestión administrativa se elevará el grado de satisfacción del usuario por los servicios de atención de los hospitales de la Región Callao.

**PALABRAS CLAVE:** Gestión institucional, calidad de los servicios educativos, desempeño docente, contenidos curriculares.

## SUMMARY

The qualified investigation ADMINISTRATIVE MANAGEMENT AND SERVICES OF ATTENTION TO THE USER IN THE ESTABLISHMENTS OF HEALTH OF THE REGION CALLAO, part the following problem being formulated: which is the relation between the administrative management with the satisfaction of the user for the services of attention in the establishments of health of the Region Callao (Hospitals San Jose, Window and Daniel Alcides Carrión)?; the aim that it chases is: To determine the relation between the administrative management with the satisfaction of the user for the services of attention in the establishments of health of the Region Callao (Hospitals San Jose, Window and Daniel Alcides Carrión). The formulated hypothesis is: better All that is the administrative, minor management will be the level of dissatisfaction of the user for the services of attention of the establishments of health of the Region Callao (Hospitals San Jose, Window and Daniel Alcides Carrión). The used method has been the scientist and of specific form historically and descriptively. The population is shaped by 3700 between workers and users. The sample is shaped by 350 users and workers.

The results of the social, empirical investigation have allowed us to elaborate the most important conclusions as of that on having improved the administrative management there will rise the degree of satisfaction of the user for the services of attention of the hospitals of the Region Callao.

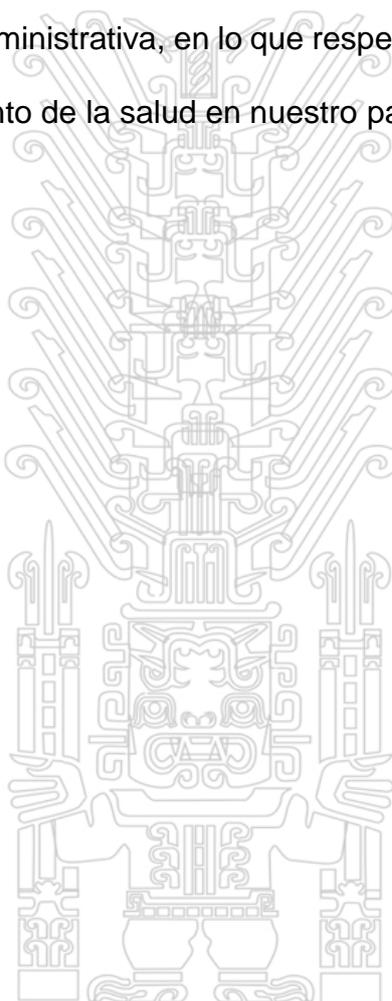
## INTRODUCCIÓN

La investigación titulada GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y SERVICIOS DE ATENCIÓN AL USUARIO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN CALLAO, parte formulándose el siguiente problema: ¿Cuál es la relación entre la gestión administrativa con la satisfacción del usuario por los servicios de atención en los establecimientos de salud de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión)?; el objetivo que persigue es: Determinar la relación entre la gestión administrativa con la satisfacción del usuario por los servicios de atención en los establecimientos de salud de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión). La hipótesis formulada es: Cuanto mejor sea la gestión administrativa, menor será el nivel de insatisfacción del usuario por los servicios de atención de los establecimientos de salud de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión). El método utilizado ha sido el científico y de forma específica el histórico y descriptivo. La población está conformada por 3700 entre trabajadores y usuarios. La muestra está conformada por 350 usuarios y trabajadores.

Se ha dividido el informe en cuatro capítulos. El primero es el Planteamiento del problema en el que se detallan la descripción de la realidad problemática, delimitación y planteamiento del problema, objetivos y justificación. El segundo capítulo es el Marco Teórico en el que se puede encontrar el marco filosófico de la investigación, los antecedentes, las bases teórica, el marco conceptual de la investigación y las hipótesis, variables e indicadores, operacionalización de las variables. El tercer capítulo denominado Metodología contiene el tipo y nivel de investigación, diseño, población y muestra así como la metodología empleada.

el que se considera los datos obtenidos a través del análisis de los casos y las encuestas aplicadas a la muestra diseñada. Finalmente tenemos a las conclusiones y recomendaciones.

Esperamos que esta labor sea un aporte a la investigación sobre la gestión administrativa y la calidad de los servicios de atención a los usuarios. En este sentido, la presente tesis busca colmar las preocupaciones comunes de los estudiosos de la ciencia administrativa, en lo que respecta al sector salud que es básico para el mantenimiento de la salud en nuestro país.



La autora.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. ANTECEDENTES

#### 1.1.1. A nivel internacional

**(Saboya Chacón, 2005)** En su tesis “Gestión de servicios hospitalarios públicos” : Estudio comparativo entre hospitales de la región noroeste de Brasil y Cataluña concluye que con un total de seis hospitales, siendo que tres ubicados en la ciudad de Barcelona y los otros en la ciudad de Fortaleza. Fueron elegidos los tres más grandes hospitales de la ciudad Brasileña. Cabe decir que la realidad con relación a la estructura de los hospitales, como la sala de espera, la manera de atender una consulta y el trato dado a los usuarios son distintos en las dos ciudades estudiadas. Es diferente no solamente en las instalaciones, como calderas más o menos adecuadas, máquinas disponibles, como también el aspecto de limpieza. Se observa también que los hospitales de Fortaleza son más jóvenes que los hospitales de Barcelona, en principio se puede decir que hay un tiempo mayor para estructuración y para gestionar, pero no se trata solamente de esto, no se puede analizar por apenas un lado, hay toda una conjetura de cosas. La accesibilidad fue algo de fundamental importancia para la ejecución del trabajo. En la mayoría hubo ese acceso necesario para la investigación, en otros no fue posible contactar con los jefes responsables por el sector de calidad de los hospitales, dificultando un análisis mejor de la situación y de la aplicación de la calidad en el hospital.

(Ignacio García, 2007) En su tesis **“Validación de un modelo para medir la calidad asistencia en los hospitales”** concluye que la estructura de nueve criterios, base del modelo original de la EFQM, es un marco de trabajo oportuno y válido para abordar estrategias de calidad en los centros sanitarios ya que sobre ellos se pueden agrupar todos los elementos relacionados con la gestión de la calidad en una organización. La priorización de diferentes indicadores de calidad en torno a los nueve elementos del modelo representa una forma válida y sencilla de abordar las principales áreas a tener en cuenta para mejorar la calidad en los centros sanitarios. La confección del modelo que proponemos, basado en la experiencia y conocimiento de gestores, pacientes y profesionales es una excelente forma de identificar aspectos claves en la calidad de los centros y sirve para implicar a los profesionales en este tipo de abordajes. La utilización de un formato estructurado para la elaboración de los indicadores que componen el modelo es uno de los aspectos fundamentales para que las mediciones se realicen con validez y fiabilidad. Todos los indicadores propuestos están orientados a la mejora, son fácilmente interpretables, pueden ser medidos sin grandes recursos y no necesitan excesivos esfuerzos para la recolección de los datos. La propuesta de indicadores clave, es decir, la mortalidad intrahospitalaria, frecuencia de cesáreas, reingresos no programados, reintervenciones quirúrgicas, reingresos, estancia media, infecciones nosocomiales, etc., concuerdan con la propuesta de indicadores de calidad que para los hospitales realizan las agencias de calidad más prestigiosas del mundo. Los indicadores de calidad del modelo, sobre todos los relacionados con la calidad de las historias clínicas, calidad de la información, reingresos,

estancias medias, indicadores de gastos, mortalidad, infecciones nosocomiales, lesiones por presión y suspensiones de intervenciones quirúrgica, transmiten a los servicios y gestores la información que necesitan para la gestión clínica y deben constituirse como un instrumento útil para la mejora de la calidad asistencial.

**(Porrás Guzmán, 2009)** En su tesis” **Propuesta de un sistema de gestión de mantenimiento para los hospitales de la Caja costarricense del Seguro Social sostiene que en la CCSS**”, se presenta una inadecuada gestión de mantenimiento en los hospitales de la CCSS, y en el caso de estudio, también se presenta la misma situación en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes. Esta carencia representa una seria limitante para mantener los recursos físicos de la institución en condiciones óptima de operación. Es conclusión confirma la hipótesis inicia sobre la carencia de un adecuado sistema de gestión de mantenimiento en los hospitales de la CCSS, y en este caso, en el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes. A nivel de gestión de mantenimiento hospitalario en la CCSS se mantiene en niveles considerados bajos, debido a que en las evaluaciones realizadas en los últimos cuatro años en 25 hospitales, se obtuvo un nivel promedio de gestión del 54.75%. Dentro de esta generalidad el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes obtuvo un nivel de gestión del 45.25%. Se induce a partir de los resultados generales, que no existe una normalización de las actividades de mantenimiento de los hospitales de la CCSS, y a la vez, que la organización actual del mantenimiento de estos

Tesis publicada en línea por UNFV. No olvide citar esta tesis

**UNFV**

### 1.1.2. A nivel nacional

**(Salazar Luna, 2006)** En su tesis **“Calidad de servicio percibida por pacientes atendidos en dos clínicas dentales privadas de Lima”**

metropolitana sostiene que en la Clínica A la Calidad de servicio obtenida en la dimensión de elementos tangibles fue alta debido a que se encontraron buenas instalaciones físicas y un buen material de comunicación. La Calidad de servicio obtenida en la dimensión de fiabilidad fue alta debido a que se cumple con realizar el servicio de forma veraz y correcta. La Calidad de servicio obtenida en la dimensión de capacidad de respuesta fue alta porque existe una reacción rápida ante cualquier problema que ocurra previa o durante la atención. La Calidad de servicio obtenida en la dimensión de seguridad fue alta debido a que se cumple con poseer el conocimiento seguro y claro de algo para inspirar confianza y credibilidad. La Calidad de servicio obtenida en la dimensión de empatía fue alta debido a que se tiene una gran atención individualizada y esmerada a todos sus pacientes. En la clínica B la Calidad de servicio obtenida en la dimensión de elementos tangibles fue alta debido a que se cumple con realizar el servicio de forma veraz y correcta. La Calidad de servicio obtenida en la dimensión de fiabilidad fue alta porque existe una reacción rápida ante cualquier problema que ocurra previa o durante la atención. La Calidad de servicio obtenida en la dimensión de capacidad de respuesta fue baja porque se encontró una falta de atención rápida para solucionar cualquier problema que ocurra previa o durante la atención. La Calidad de servicio obtenida en la dimensión de seguridad fue baja debido a que no se encontró un conocimiento claro y

Tesis publicada según participación en el foro de discusión de la tesis  
No olvide citar esta tesis

**UNFV**

en la dimensión de empatía fue baja debido a que no se llegó a cumplir con brindar una atención individualizada a sus pacientes.

**(Vilcahuamán & Rossana Rivas , 2006)** En su trabajo **“Ingeniería clínica y gestión de tecnología en salud: Avances y propuestas”** sostiene que

1. Mejorar la Gestión en Salud mediante la aplicación apropiada de la tecnología. Esta gestión requiere modificar la estructura de organización de los establecimientos de salud para la incorporación de la Ingeniería Clínica y de la Gestión de Tecnología en Salud, dado que sus resultados tienen un impacto relevante en la calidad de los servicios y en los modelos de atención en salud. 2. Concientizar a la población respecto de la seguridad y riesgo de la Tecnología en Salud. 3. Incentivar el uso de tecnología apropiada a través de una Agencia de Evaluación de Tecnología en Salud (ETES). 4. Difundir el modelo de Gestión de Tecnología en Salud (GTS) considerando el concepto de “Point of Care” y la Innovación, complementándolo con el modelo de Gestión del Conocimiento en la red compuesta por instituciones científicas. 5. Concientizar acerca de la importancia de la formación de recursos humanos que involucren a diversas especialidades de la ingeniería, como la Ingeniería Clínica, la Ingeniería Biomédica y la Ingeniería Hospitalaria, promoviendo su intervención en el sector salud. 6. Promover el ahorro de recursos a través de una apropiada Gestión del Equipo Médico. 7. Proteger a la población mediante un adecuado sistema de Regulación de Equipos y Dispositivos Médicos. 8. Mejorar la infraestructura hospitalaria mediante el diseño apropiado de servicios clínicos, considerando el uso de normas, la acreditación y la prevención de desastres.

**(Sánchez Mercado, 2011)** En su tesis “**Análisis y diseño de un sistema informatizado para la dinamización de los procesos y procedimientos practicados en la atención médico hospitalaria de los pacientes de oncología de un hospital público**”. Caso de estudio, llega a las siguientes conclusiones: La informatización, de los procesos y procedimientos practicados en la atención médica hospitalaria del hospital Santa Rosa, requiere ser hecho en fases por ser de carácter multidisciplinario y de gran envergadura. El gran número de procedimientos, para los diferentes procesos que tienen cada área del hospital (áreas de soporte y áreas asistenciales); así como, la dificultad que presenta la transferencia de conocimiento, para la construcción del modelo abstracto que represente el sistema de asistencia a pacientes y su consiguiente flujo de datos, justifica la segmentación del proyecto. La metodología más apropiada para desarrollar un proyecto de informatización de gran envergadura y que se ejecute por fases, es RUP. Ello se debe, a sus exigencias de orden y manejo documentario, los mismos que servirán de soporte y referencia para, el desarrollo futuro de las fases pendientes de ejecución que permitirán la informatización total del hospital Santa Rosa. Al exigir RUP, una amplia documentación de los artefactos que se estén desarrollando bajo su esquema, facilita para cualquier profesional ajeno al proyecto, comprender en el futuro, lo desarrollado en su totalidad. Debido a que se requiere hacer un trabajo multidisciplinario, a diferentes niveles y diferentes áreas, es necesario, hacer una gestión adecuada del proyecto para que las distintas coordinaciones sean exitosas. Para ello, se plantea el uso del PMBOK, porque propone los estándares apropiados para una adecuada gestión del

tiempo, las comunicaciones, la logística y los recursos humanos. En consecuencia, el objetivo uno concerniente a, determinar los lineamientos teóricos metodológicos que, permitan el análisis y diseño del sistema de asistencia a la atención de pacientes del área de Oncología del hospital Santa Rosa, ha sido alcanzado.

## 1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A diferencia de los países desarrollados, donde el sector público es eficiente y efectivo, prestando los mejores servicios a la población; en países como el nuestro que se encuentra en proceso de desarrollo, sucede exactamente lo contrario; es decir el sector público es acusado de deficiente, antieconómico y de falta de efectividad; todo lo cual, en la práctica en el colmo de la situación es aceptado por la comunidad como algo normal.

Cuando esto sucede en las dependencias administrativas, no hay mayores problemas, generalmente no repercute contra la salud ni contra la vida; sin embargo cuando esto se refiere a los servicios públicos de salud, ya no es una situación cualquiera, sino que se convierte en una problemática preocupante para los responsables del Sector y especialmente para la población que hace uso de los servicios médicos.

El análisis externo de los Hospitales del Sector Salud, ha llevado a determinar las siguientes amenazas:

- **POLÍTICO LEGAL:** Marco administrativo y Jurídico obsoleto y Falta de comunicación Intersectorial
- **ECONÓMICO:** Política de sueldos no acorde con las necesidades básicas; Insuficiente transferencia de fondos por parte del nivel Nacional

- **CULTURAL:** Estilos de vida inadecuados de la población que atienden los hospitales, lo que dificulta la prestación de servicios de salud adecuado con atención deficiente al usuario.
- **COMPETIDORES:** Ingreso de competidores potenciales debido la globalización de la economía y liberalización del mercado; Adquisición de tecnología de punta por parte de los competidores; Presencia de entidades de salud con mejores ofertas de servicios.

En el aspecto Interno, se han determinado las siguientes debilidades:

- **PERSONAL:** Déficit de Recursos Humanos, fundamentalmente asistencial; personal administrativo medianamente capacitados.
- **FINANZAS:** Escasos recursos financieros; Se cuenta con el 152% del Recurso Humano contratado por Servicios No Personales,
- **INFRAESTRUCTURA:** Insuficientes ambientes para Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia; lo que no facilita servicios de calidad.
- **MEDICAMENTOS:** Petitorio inadecuado de medicamentos, lo que no facilita un tratamiento en las mejores condiciones.

Si bien es cierto los recursos humanos, financieros, materiales, tecnológicos y de otro tipo de nuestros hospitales nacionales no tienen la suficiencia ni competencia que se requiere para prestar los mejores servicios médicos; sin embargo, esto se complica cuando no se cuenta con una dirección y gestión efectivas para sacar adelante a estas entidades, todo lo cual repercute en contra de nuestra población.

La problemática identificada en relación con los objetivos de los Hospitales del Sector Salud es la siguiente:

Se ha determinado se no se prioriza la atención integral, por tanto no se privilegia la promoción y prevención de los sectores mas vulnerables: mujer y niño; no se ha llegado a implementar y mantener la infraestructura y equipamiento de los Establecimientos de Salud; no se promueve el desarrollo del potencial humano en Salud ni consolida una cultura organizacional; no se desarrolla estrategias creativas e innovadoras para incrementar las coberturas, con énfasis en grupos vulnerables; no se fortalece el suministro de medicamentos bajo el criterio de uso racional. Todos estos problemas llevan a considerar que en los hospitales del Sector Salud no se garantiza la atención integral de los Servicios de Salud y la accesibilidad de toda la población.

Se ha determinado que los responsables de la Dirección y gestión no fomentan la participación de la comunidad en la conservación de la Salud, no promueven la nutrición adecuada de la población a través de la alimentación complementaria y la vigilancia nutricional; no fomentan conductas y estilos de vida saludables y tampoco previenen, controlan ni tratan las enfermedades transmisibles, no transmisibles y el control epidemiológico. Todas estas falencias, llevan a considerar que no existe el fomento de la corresponsabilidad entre el Estado y la sociedad en la promoción y prevención de la Salud como un medio para lograr el desarrollo ciudadano sostenible.

Los responsables de la dirección y gestión de los hospitales no fomentan la administración compartida de redes y establecimientos, ni garantizan la gestión de redes de salud en forma eficiente y efectiva; tampoco desarrollan un sistema integrado de información en Salud para la toma de decisiones. Todo lo cual hace que los hospitales no tengan todos los elementos para conducir un proceso de

racionalización en forma efectiva, lo que repercute contra la entidad y especialmente contra la población, que finalmente es la siempre pierde.

La falta de una dirección y gestión efectivas en los Hospitales del Sector Salud, conlleva a que estas entidades no sean facilitadoras del cumplimiento de las políticas y responsabilidades de Salud del Estado y a la falta de cumplimiento del Estado de los compromisos de Asistencia y previsión social a favor de la población.

Todo ello repercute en la calidad de atención a los usuarios, los servicios se encuentran abarrotados y los usuarios no reciben un trato con calidez y calidad, lo que va a repercutir en la imagen institucional y por ende se va a requerir un cambio en la gestión administrativa del Hospital de Ventanilla, acorde con los avances de la ciencia administrativa.

### **1.2.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **A. Problema general**

¿Cuál es la relación entre la gestión administrativa con la satisfacción del usuario por los servicios de atención en los establecimientos de salud de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión)?

#### **B. Problemas específicos**

- ¿De que manera las políticas de gestión pueden facilitar la satisfacción de los usuarios en los establecimientos de salud de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión)?

• ¿Es posible que las estrategias de gestión ayuden a recuperar la confianza de los usuarios en los establecimientos de salud de la

Tesis publicada con autorización del autor  
No olvide citar esta tesis

**UNFV**

Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión)?

### **1.3. OBJETIVOS**

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

Determinar la relación entre la gestión administrativa con la satisfacción del usuario por los servicios de atención en los establecimientos de salud de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión).

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- A. Establecer las políticas de gestión que pueden facilitar la satisfacción de los usuarios en los establecimientos de salud de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión)?
- B. Determinar las estrategias de gestión que ayuden a recuperar la confianza de los usuarios en los establecimientos de salud de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión)?

### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

#### **1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA**

El propósito de la presente investigación está debidamente justificado respecto a la conveniencia, la relevancia social, implicancias prácticas, valor teórico y utilidad metodológica.

La situación actual de la Administración Pública, exige atención de actualización en la medida que mientras exista mayor conexión e

los usuarios o pacientes, ya que el objetivo de los centros hospitalarios es el servicio a los usuarios para la conservación, prevención y recuperación de la salud. De lo anterior podríamos concluir que el país sí tiene disposiciones referentes a la gestión pública que le permiten mejorar el sistema administrativo y lograr la eficiencia así como apuntar hacia el logro de una atención de calidad y excelencia.

Si hay algo que es indudable dentro de los hospitales del Sector Salud, es que necesitan estar dirigidos y gestionados en forma efectiva. La escasez o falencia de recursos, obliga a los responsables a dirigirlos y gestionarlos en forma efectiva, es decir al cumplimiento de las funciones, actividades, metas, objetivos y misión encargada tal como establece **(Terry, 1990)**.

La dirección y gestión efectivas, permiten planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar los recursos humanos, materiales y financieros para el desarrollo de los servicios médicos; tal como deja entrever **(Koontz & Heinz Wehrich. , 2004)**

## **JUSTIFICACIÓN JURÍDICA**

El trabajo de investigación tiene su justificación jurídica en las siguientes bases legales:

- a) Constitución Política del Perú, Capítulo II de los Derechos Sociales  
Artículo 7°. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.
- b) Resolución Ministerial N° 681-2010 MINSA.

- c) Manual para la información y atención al Usuario en Establecimientos de Salud-2009.
- d) Decreto Supremo N° 042-2011-PCM, Crea el “El Libro de Reclamaciones”, que se constituye en un mecanismo de participación ciudadana para lograr la eficiencia el Estado, y salvaguardar los derechos de los usuarios frente a la atención en los servicios que se les brinda.
- e) El Decreto Supremo N° 006-67-SC.
- f) La Ley N° 25035.
- g) El Decreto Legislativo N° 757.
- h) El Decreto Ley N° 26111 (D.S. N° 02-94-JUS).
- i) La Ley N° 27444.

#### **1.4.2. JUSTIFICACIÓN SOCIAL**

Tal como ha sido esbozado en las líneas precedentes, el tema a investigar reviste importancia a la luz del estado de la cuestión, puesto que la problemática descrita comprende un gran número de procesos administrativos que se estipula dentro de la gestión pública, y en forma específica en la administración de una entidad hospitalaria.

La investigación parte de la problemática existente en la dirección y gestión de los hospitales del sector Salud, en este caso de los Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión a cargo del Gobierno Regional del Callao.

Sobre esta situación presenta planteamientos teóricos y experiencias sobre el tema, con el propósito de solucionar dicha problemática y en ese contexto

formula la hipótesis; asimismo se formulan los objetivos que busca el trabajo para facilitar la calidad, mejora continua y competitividad de los servicios médicos. Siendo este el proceso de toda investigación tal lo establece **(Stoner, 2000)**.

Este trabajo, describirá el funcionamiento integral del hospital, la administración y la atención a los usuarios; luego explicará la manera como la dirección y gestión efectiva puede convertirse en factor relevante de la calidad, mejora continua y competitividad de los servicios médicos prestados por estas entidades, que conllevará a mejorar la atención de los usuarios o pacientes.

#### **1.4.3. IMPORTANCIA DEL PROBLEMA**

La importancia del proyecto se basa en que existen varios factores que influyen en la gestión pública, en la administración de un hospital y también las diversas actuaciones del personal que trabaja en dicha institución. Por ello la actitud o el accionar de los integrantes de una sede hospitalaria pueden ser negativa o problemática debido al tipo de administración establecida y la calidad del servicio de atención al usuario, si éste es incongruente con los principios que sustenta la administración y no presentar problemas, realizando su labor con gusto y abnegación en beneficio de los usuarios. Sin embargo, tales posiciones pueden verse afectados en su interior por el medio ambiente global en que se encuentran insertos.

Debemos considerar además que las influencias de la sociedad sobre la administración, así como sobre la calidad de los servicios de atención al

usuario, los que se modifican a través del tiempo como resultado de la mayor cantidad de conocimientos, la diversidad de la fuerza de trabajo, los adelantos tecnológicos, la legislación laboral, las normas gubernamentales y el crecimiento de las organizaciones.

Este trabajo es importante porque permite aplicar el método científico para solucionar los problemas institucionales. También porque permite seguir la huella de los paradigmas actuales y de futuro como la calidad, mejora continua y competitividad. Es importante también, porque permitirá plasmar los conocimientos y experiencias en materia de dirección y gestión. La dirección y gestión efectivas, tendrá consecuencias positivas para el funcionamiento de los Hospitales del Sector Salud. Entre las consecuencias positivas, podemos nombrar eficiencia, economía, transparencia y efectividad en el uso de los recursos y el fin supremo será la calidad, mejora continua y competitividad de los servicios para la población demandante.

## **1.5. ALCANCES Y LIMITACIONES**

### **1.5.1. ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo de investigación se centra en lo referente a la gestión administrativa y los servicios de atención al usuario, siendo el propósito de este trabajo a pesar de sus limitaciones, efectuar una investigación

innovadora, caro anhelo de la administración de las instituciones

Tesis publicada con autorización del autor  
No olvide citar esta tesis

hospitalarias, con el propósito de conocer la realidad para que con ese

**UNFV**

precepto se le dé una respuesta de transformación y cambio; conducido por las autoridades del sector salud y compartido con todos los integrantes que laboran en dicho sector sobre la base de un alto grado de integración y compromiso con miras a ofrecer servicios de salud con calidad y calidez y en mejores condiciones.

Nos proponemos dar prioridad a todo accionar que apunte a mejorar la gestión en el sector salud, en este caso en los hospitales, que permita acelerar la solución de un conflicto al interior de ella y analizar como se viene dando ésta gestión y la satisfacción de los usuarios por los servicios de atención que vienen recibiendo. Por ello se busca proponer un programa para reparar prontamente los errores cometidos con miras de mostrar cambios en la gestión institucional con la finalidad de mejorar y cambiar la calidad de los servicios de salud a fin de mejorar la misma gestión..

Deben considerarse el desarrollo y cambio de los conceptos doctrinales de la ciencia administrativa, dentro del desarrollo mismo de la sociedad, el fenómeno de la globalización y las consecuencias de ello, como son el surgimiento de nuevas formas de poder gestionar y evaluar para renovar las fuentes doctrinarias referidas a la gestión en el sector salud.

### **1.5.2. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Entre las limitaciones se tiene en primer lugar los pocos estudios que se tienen sobre gestión pública o administración en instituciones hospitalarias del país, la accesibilidad a la información de la administración del hospital de Ventanilla, pero que se han de superar con el empleo de estrategias propias del investigador, y en segundo lugar, la poca experiencia a nivel de los

### 1.5.3. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

a) **Delimitación Espacial**

Establecimientos de salud de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión).

b) **Delimitación Temporal**

2012

c) **Delimitación Conceptual**

Gestión administrativa, administración pública, atención al usuario, política de gestión, estrategias de atención al usuario.

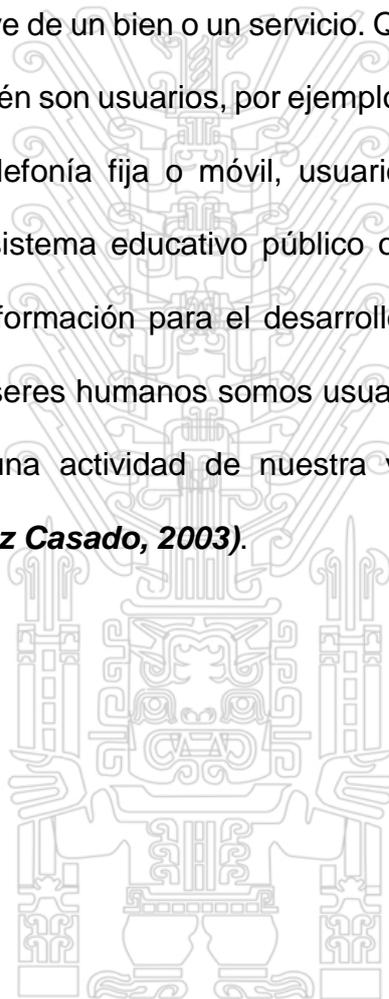
### 1.6. DEFINICIÓN DE VARIABLES

**Gestión administrativa.** Una organización es una asociación deliberada de personas para cumplir determinada finalidad. Esta definición, engloba las características básicas e importantes que poseen las organizaciones, además de muchas otras que van evolucionando con la globalización y las necesidades de una administración eficiente y eficaz (**Robbins & Coulter, 2005**)

**Nivel de satisfacción.** Puede ser mejor entendida como una “entrada” (*input*) a esa interacción, porque se trata de una variable que predispone al paciente hacia una determinada actitud y condiciona su conducta ante las enfermeras y médicos, principalmente. Para estos autores, la utilización de servicios no determina la satisfacción, aunque esta última sí condiciona la utilización futura de la red de servicios de la institución (**Cafferata & Roghmann, 2008**).

**Servicio al cliente.** El servicio al cliente es el conjunto de estrategias que una compañía diseña para satisfacer, mejor que sus competidores, las necesidades y expectativas de sus clientes externos. De esta definición deducimos que el servicio de atención al cliente es indispensable para el desarrollo de una empresa (**Serna Gómez, 2006**).

**Usuario.** Se denomina usuario, palabra que deriva del vocablo latino “usuarius” al agente que utiliza o se sirve de un bien o un servicio. Quienes disfrutan de servicios, públicos o privados, también son usuarios, por ejemplo: usuario del servicio de agua corriente, usuarios de telefonía fija o móvil, usuarios del transporte público de pasajeros, usuarios del sistema educativo público o privado, etcétera. Es aquel individuo que necesita información para el desarrollo de sus actividades,, según esta definición todos los seres humanos somos usuarios de educación, ya que en algún momento, en alguna actividad de nuestra vida necesitamos tener una formación educativa (**Sanz Casado, 2003**).



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. TEORÍAS GENERALES

Tesis publicada con autorización del autor

No permite internet tesis

##### 2.1.1. El Hospital

**UNFV**

La Organización Mundial de la Salud define el hospital como “Una parte integrante de la organización médica social, cuya función es la de proporcionar a la población atención médica completa, tanto preventiva como curativa y cuyo servicio de consultorio externo, alcanza a la familia en el hogar” **(Malagón, 2000).**

“La gestión del hospital moderno implica unas características diferentes a las del hospital de antes, toda vez que hoy estas instituciones se conciben como empresas prestadoras de servicios de salud, en disposición permanente de atender a cabalidad las expectativas y demandas de un usuario, así mismo dispuestas a funcionar en un mundo de competencia a base de calidad. Esta competencia deben establecerla sobre los pilares de planeación, organización, satisfacción del trabajador, presupuesto, evaluación de gestión, disposición permanente de retroalimentación y ética.” **(Malagón, 2000).**

El hospital surge como una idea, bien sea porque hay una oportunidad de mercado, porque existe una comunidad desatendida, hay un desarrollo urbanístico nuevo que necesita un recurso de infraestructura en salud o por fortalecer un proyecto académico o universitario.

El hospital de hoy se ha transformado en una empresa, con estructura, procesos y ambientes propios, para participar de las oportunidades de mercado, sin descartar las amenazas, y procesos.

En la actualidad, el hospital es considerado como empresa, en la que prevalecen los conceptos de servicios de salud al usuario, dentro de un marco de competencia y que debe brindar calidad, este nuevo concepto

a la consecución de sus objetivos, lo que no ocurría en épocas anteriores en las que la administración del hospital le era encomendado al médico de mayor experiencia en el campo de la medicina.

“El hospital es un complejo social en el que convergen y divergen varios sectores sociales: médicos, empleados, trabajadores, enfermeras, estudiantes, pacientes y administradores, que si bien tienen un objetivo general relacionado con la recuperación de la salud de los enfermos, sus acciones no están integradas y sus funciones se suman antes que articulan. Cada sector tiene y se moviliza por intereses particulares que marcan las condiciones de su participación, de manera que en el escenario social hospitalario se encuentran y desencuentran intereses académicos, reivindicativos, profesionales, personales, familiares, empresariales, clasistas, políticos y culturales. Las complejas relaciones que se establecen entre los diferentes sectores y las que se cumplen al interior de los mismos, están cruzadas por elementos de poder que no se expresan como tal, sino como la capacidad de: resolver problemas, de controlar y de sancionar, de proveer servicios, de tomar o de influir en la toma de decisiones, de dominar ciertas tecnologías, de poseer ciertos conocimientos.” *(Dutan E, 1994)*

La administración en el área hospitalaria resulta compleja, considerando la variedad de profesionales que lo integran y los diferentes objetivos de cada individuo, ahí reside la habilidad gerencial de maniobrar a fin de que la toma de decisiones sea la correcta y lograr los objetivos propuestos, sin descuidar la innovación que la empresa requiere conforme a los tiempos actuales.

### **2.1.2. Gestión de los hospitales**

Tesis publicada con autorización del autor  
No olvide citar esta tesis

**UNFV**

(Arce Olivos , 2007) (Mejia Gutierrez & Amaya Castillo , 2011) su Proyecto de Titulación (Ignacio García, 2007) La gestión es el proceso emprendido por una o más personas para coordinar actividades laborales de otras personas con la finalidad de lograr resultados de alta calidad que cualquier otra persona trabajando sola, no podría alcanzar.

La gestión es un proceso que comprende determinadas funciones y actividades laborales que los gestores deben llevar a cabo a fin de lograr los objetivos de la empresa. En la gestión los directivos utilizan ciertos principios que les sirven de guía en este proceso.

El proceso de gestión se considera integrado por las funciones de planificar, organizar y controlar que se vinculan entre sí con la función de liderar, esta última llamada de dirección o de motivación y supone influir en los miembros de la organización para que actúen de tal modo que puedan lograrse los objetivos establecidos. Según Deming, los gestores han de ser los líderes que marcan el camino para mejorar la calidad de los productos o servicios mediante el esfuerzo de los trabajadores (Crosby, 2003).

Es imprescindible para el desarrollo de los hospitales, que los gerentes o gestores no encaminen su dirección enmarcados en el cuadrado administrativo de Planificar, Organizar, Dirigir y Controlar; Sino, lo realicen por el mundo trascendente de la gestión, liderando las instituciones hospitalarias, influyendo en las personas para realizar el mejor esfuerzo en cada una de las actividades de los procesos hospitalarios y con ello alcanzar

la calidad objetiva, técnica o intrínseca y la percibida.

Dimensión de la organización.

- Orientarse para conocer a fondo la misión socioeconómica del hospital.
- Conocer bien los objetivos de la organización.
- Orientarse siempre hacia el futuro.
- Estudiar los objetivos de la organización para lograr sus propósitos.

Dimensión interpersonal.

- Comunicarse con el personal para establecer un significado colectivo.
- Ejercitarse en la búsqueda de nuevas soluciones e identificar nuevos problemas.
- Analizar de forma crítica los procesos, técnicas y tradiciones del hospital para crear nuevos métodos.
- Comunicar ideas y formas de comprensión de los fenómenos de la organización.

Dimensión individual.

- Reconocer el valor de las personas.
- No idealizar a las personas.
- Valorar las relaciones personales estrechas.
- Se debe confiar en la gente y permitir que desarrollen sus propios métodos de trabajo.

El verdadero líder es un individuo capaz de invertir tiempo y energía en el futuro de su organización y de sus trabajadores, la esencia del liderazgo no es obtener poder sino brindarle poder a otros y así realizar sus intenciones manteniéndolas por largo tiempo.

### 2.1.3. Calidad y atención del usuario

Las actividades relacionadas con la Calidad de los servicios sanitarios se centraron, en una primera etapa (desde finales del siglo XIX hasta la década de los años 60), en la evaluación de los servicios sanitarios. Las primeras experiencias consistieron en la acreditación de centros sanitarios e instituciones docentes, evaluando los aspectos estructurales en los que se desarrollaban estas actividades. Posteriormente, y de forma paralela al crecimiento del sistema de acreditación de centros sanitarios, se desarrolló la metodología necesaria para evaluar la práctica clínica observando directamente el proceso mediante el empleo de criterios implícitos o bien aplicando métodos estructurados como la auditoria del acto médico en el que se utilizó, por primera vez, criterios explícitos, que permitían, además de establecer estándares asistenciales, comparar la Calidad entre diversos centros. La evaluación del proceso asistencial protagonizada por los proveedores de la asistencia (evaluación interna) cobró un fuerte impulso como consecuencia de que la acreditación, además del prestigio que suponía, fue una vía importante para acceder a fuentes de financiación pública que establecía, entre sus requisitos, la realización de auditorías médicas.

Pioneros de la calidad

**(Jurán, 2001)** La calidad según Juran tiene múltiples significados, pero existen dos que no sólo nos ayudan a planificar la calidad, sino que también sirven para planificar la estrategia empresarial Calidad.- Se refiere a la

ausencia de deficiencias que adopta la forma de: Retraso en las entregas,

fallos durante los servicios, facturas incorrectas, cancelación de contratos de ventas, etc. Calidad es adecuación al uso

La trilogía de Juran: Ayuda administrar la calidad

1. Planificación de la calidad.- Suministra a las fuerzas operativas los medios para producir productos que puedan satisfacer las necesidades de los clientes, productos tales como facturas, contrato de ventas, llamadas de asistencia técnica y diseños nuevos, etc.
2. Fuerzas operativas.- Su trabajo es producir el producto. Si esto se hace mal se vuelve crónico porque así está planeado.
3. Control de calidad. El logro de la calidad requiere el desempeño de varias actividades identificadas de calidad.

**EDWARDS DEMING:** Estadístico considerado el padre de la calidad moderna. Vivió la evolución de la calidad en Japón y de esta experiencia desarrolló los 14 puntos de Deming y las siete enfermedades mortales. En 1983 se instituyó el premio Deming ( ***Temes Montes, 2002***)

Gestión de calidad. Es un sistema de medios para generar económicamente productos y servicios que satisfagan los requerimientos del cliente. La implementación de este sistema necesita de la cooperación de todo el personal de la organización, desde el nivel gerencial hasta el operativo e involucrando a todas las áreas.

La Calidad va: Orientada al producto, Orientada al proceso, Orientada al sistema, Orientada al hombre, Orientada a la sociedad, Orientada al costo,

Tesis publicada con autorización del autor  
Orientada al cliente.  
No olvide citar esta tesis

**UNFV**

**(Crosby P. , 2003)** Calidad es “ajustarse a las especificaciones” Propuso el programa de 14 pasos llamado cero defectos y también que la calidad está basada en cuatro principios:

- La calidad es cumplir con los requisitos.
- El sistema de la calidad es la prevención.
- El estándar de realización es cero defectos.
- La medida de la calidad es el premio del incumplimiento.

La calidad puede ser específicamente cuantificada y utilizada para mejorar los resultados de la empresa, como consecuencia de éstos principios la administración a través de la calidad se convierte en una estrategia imprescindible. El énfasis se acentúa en la prevención y no en la inspección. La meta es el éxito del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos a tiempo, desde la primera vez y todo el tiempo.

El objetivo fundamental de la calidad como filosofía empresarial y de toda organización, es satisfacer las necesidades del consumidor.

El concepto de calidad es siempre un binomio producto/cliente y por ello siempre debe de tomarse en cuenta las necesidades del usuario.

Trabajar con calidad en diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y satisfactorio para las personas usuarias.

Para que el producto sea satisfactorio es necesario que cumpla con ciertas características o calidades y estas son: la calidad demandada, la diseñada

El producto o servicio tiene mayor grado de calidad, a medida que estas tres calidades son más concordantes, cuando no coinciden, las consecuencias son:

1. Si la calidad demandada no se diseña o no se realiza, se genera una insatisfacción del usuario.
2. Si la calidad diseñada no se realiza o no es demandada el coste es mayor y la calidad es innecesaria e insuficiente.
3. Si la calidad realizada no es la diseñada ni la demandada, aumenta el esfuerzo y la calidad es innecesaria o puede no llegar al nivel solicitado.

Según (*Jurán, 2001*): "...para lograr la unidad de acción se necesita salvar un conjunto de obstáculos, clasificados en dos categorías.

1. Obstáculos Manifiestos, que surgen de las discrepancias en los puntos de vista de los miembros de la dirección.
2. Obstáculos Ocultos que nacen de las diferencias en las premisas, conceptos e incluso en el significado de las palabras.

### **Dimensiones de la calidad**

La calidad es un concepto integral y polifacético. Los expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma. Las actividades pertinentes pueden encarar una o más variedades de dimensiones tales como competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades. Un problema de

calidad puede tener más de una dimensión, y estas proporcionan un marco

útil porque le sirven al equipo de salud para analizar y definir sus problemas y calcular la medida en la que cumplen con sus propias normas de programa.

### **Competencia profesional**

La competencia profesional se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. Por ejemplo, para que haya competencia profesional en los servicios prestados por los trabajadores de salud de un pueblo, esa persona debe tener la capacidad y los conocimientos necesarios para realizar las tareas, lo que debe hacer en forma uniforme y precisa (desempeño real). La competencia profesional se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. Esta dimensión es pertinente tanto para los servicios clínicos como no-clínicos. Para los grupos de salud, comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La competencia administrativa profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas.

OMS "Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios. Se refiere a la función operacional y a la relacional, tanto del profesional sanitario como de la organización"

### **Acceso a los servicios**

Tesis publicada con autorización del autor  
No olvide citar esta tesis

**UNFV**

El acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Esta dimensión de calidad comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural o lingüística. El acceso geográfico incluye los medios de transporte, la distancia, el tiempo de viaje y cualquier otra barrera física que impida al cliente recibir atención. El económico se refiere a la accesibilidad de los productos y servicios ofrecidos a los clientes. El social o cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales. El organizacional se refiere a la medida en que la organización de servicio es conveniente para los posibles clientes; las horas de atención de las clínicas y los sistemas de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la presentación de servicios son ejemplos de cómo la organización de estos últimos pueden crear barreras para el uso de los mismos.

Por ello la accesibilidad es la facilidad con que se obtienen, en cualquier momento, los servicios médicos a pesar de las barreras antes mencionadas, además de considerar la posibilidad de obtener los servicios en el lugar y momento que lo necesita, en suficiente cantidad y a un coste razonable. Incluye el proceso sistemático de información acerca de cómo obtener la asistencia médica.

### **Disponibilidad**

Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo. Como regla general, los cuidados médicos deben estar disponibles cuando se

necesiten durante el ciclo de vida del paciente y cuando surja cualquier necesidad.

### **Calidad científico-técnica.**

Grado de aplicación de los conocimientos y tecnología médicos disponibles.

### **Eficacia**

La calidad de los servicios de salud depende de la eficacia de las normas de presentación de servicios y de la orientación clínica. La evaluación de la eficacia debe responder a las preguntas: Cuando el tratamiento se aplica correctamente ¿Produce los resultados deseados? Y ¿Es el tratamiento recomendado y la tecnología usada la más apropiada para el medio el cual se presta el servicio? La eficacia es una dimensión importante en la calidad en el ámbito central donde se define las normas y especificaciones.

**Aceptabilidad.** Incluye dos dimensiones.

- Satisfacción del cliente

Grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma. Incluye la satisfacción con la organización, la asistencia recibida, los profesionales y los resultados de la atención sanitaria.

La dimensión de satisfacción del usuario se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada

los pacientes. Dicha relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración.

- Cooperación del paciente

Grado en que el paciente cumple el plan de atención. Depende de la relación que se establece entre el paciente y el profesional. Es un componente de gran importancia en la atención médica ambulatoria.

La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante. Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas, se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz.

### **Eficiencia**

Relación entre el impacto real de un servicio y su coste de producción.

La eficiencia de los servicios de salud es una dimensión importante en la calidad dado que los recursos de atención de salud son generalmente limitados. Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y a la comunidad, es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta. La eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar atención innecesaria o inapropiada y que la atención deficiente que se da como resultado de normas inefectivas se minimice o se elimine. La atención deficiente, además de ocasionar riesgos innecesarios e incomodidades al paciente, a menudo es cara y toma

mucho tiempo corregirla. Dos maneras de mejorar la calidad serian eliminar el derroche y evitar los errores al mismo tiempo en que reducen los costos.

## **Continuidad**

Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado. La continuidad implica que el cliente puede recibir la serie completa en servicio de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. Los servicios deben ofrecerse en forma constante. Además, el cliente debe tener acceso a la atención rutinaria y preventiva de un proveedor que conozca su historia clínica para poder derivarlo oportunamente a servicios especializados, cuando corresponda.

## **Seguridad**

La seguridad, como dimensión de calidad, implica la reducción de riesgos, infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios. La seguridad constituye una preocupación de todos los miembros del grupo de salud así como la del paciente. El sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con un mínimo de riesgo. Balance positivo de la relación beneficios/riesgos.

## **Comodidades**

Las comodidades se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro. Las comodidades también son

importantes porque pueden influir en las expectativas que tienen el paciente

y la confianza que se siente con relación a otros aspectos del servicio o producto.

Las comodidades a menudo se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales; así como las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad (**Díaz González & Concheiro Guisan, 2010**).

Como se dijo anteriormente la calidad puede entenderse como una corriente de pensamiento que impregna toda la empresa, cuyo objetivo fundamental como filosofía empresarial es la satisfacción de necesidades a clientes internos y externos como a los accionistas y / o directivos.

En las instituciones hospitalarias, la aplicación de la mejora continua de la calidad tiene importancia relevante:

- Seguridad y rapidez en toda acción destinada al cuidado de la salud de los pacientes, familiares y personas.
- Mejor utilización de los recursos disponibles para la prestación de los servicios en salud.
- Empoderamiento de los empleados del hospital en la realización de las tareas.
- Mayor motivación de los empleados para realizar las diversas actividades de los procesos de atención.
- Satisfacción de los pacientes con la atención recibida en el hospital.
- Mejor posicionamiento y prestigio como hospital en comparación con otros de la misma categoría o complejidad.

Tesis publicada con autorización del autor

No olvide citar esta tesis

- Mejores resultados en la atención prestada a un costo razonable

**UNFV**

Todo ello puede requerir la utilización de indicadores ya que estos puede brindar de forma rápida, fácil y concisa información valiosa acerca de cómo se está desempeñando el hospital en cuestión y permiten comparaciones en tiempo y espacio que de otra forma serían imposibles de realizar. **(Concejo, 1997).**

El uso de indicadores es y continuará siendo de utilidad para administradores de hospitales, autoridades sanitarias y para todos aquellos que de una forma u otra están vinculados con el perfeccionamiento del Sector de la

Salud y con los hospitales en particular.

Es claro sin embargo, que para la obtención de indicadores oportunos es imprescindible desarrollar los Sistemas de Información que permitan recoger los datos necesarios para su elaboración. Es necesario además el monitoreo de la calidad de las fuentes básicas de la información, en particular la historia clínica, la fuente principal de información sobre las características de cada paciente hospitalizado.

Los indicadores por demás brindan una información cuantitativa que permite detectar los espacios con alta probabilidad de problemas en la atención. La determinación y evaluación de cada problema y sus causas debe ser objeto de investigación específica, detallada y profunda con un enfoque más cualitativo.

Uno de los problemas prácticos más importantes que surgen en **(Arce**

Tesis publicada por **Olivos, 2007)** Dice que el uso de indicadores hospitalarios es el que surge  
No olvide citar esta tesis

**UNFV**

por la necesidad de hacer uso de varios de ellos a la vez para tener una idea global de la calidad y la eficiencia con que se están ofreciendo los servicios en una unidad o departamento pues, hasta el momento, no se ha instrumentado ninguna manera única de englobar el desempeño hospitalario en una sola medida. Sólo el uso del sentido común, la experiencia y la pericia administrativa lograrán el balance adecuado de toda la información que pueden brindar los indicadores y la visión global que a menudo es necesaria.

#### **2.1.4. El recurso humano en el Hospital**

La administración de los recursos humanos en instituciones hospitalarias en general constituye un tema difícil considerando la variedad de especialidades y profesionales, ahí radica la habilidad del líder para conjugar los recursos disponibles y orientar al grupo hacia los objetivos propuestos.

##### **MODELO SIRVE**

Existe un modelo muy completo a nuestro criterio, propuesto por los autores (Blanchard & Miller, 2008, pág. 137) sobre lo que un líder debe hacer el cual es denominado por los autores con el nombre de SIRVE el cual lo resumimos a continuación:

**S**er capaces de visualizar el futuro

**I**mplicar y desarrollar a otros

**R**einventar continuamente

**V**alorar los resultados y las relaciones

**E**ncarnar los valores

**Ser capaces de visualizar el futuro.-** Tener una visión orientada al futuro, un líder siempre tendrá que dedicar algo de tiempo para prever el futuro porque necesita comunicarle a las personas hacia donde va la empresa.

Visualizar el futuro es una responsabilidad del liderazgo imposible de delegar, se puede compartir pero es función del líder garantizar un futuro.

**Implicar y desarrollar a otros.-** Contar con las personas indicadas ejerciendo las funciones correctas, es decir realizar una correcta selección del personal y lograr el compromiso pleno.

Los mejores líderes se empeñan en seleccionar buenos colaboradores y a su vez les ayudan a potenciar sus fortalezas.

**Reinventar continuamente.-** Los grandes líderes siempre están interesados en descubrir maneras de mejorar sus propios conocimientos y habilidades, son aprendices, siempre están abiertos a cualquier entrenamiento que le ayude a mejorar su desempeño o a descubrir nuevos procesos. “Si uno deja de aprender, deja de liderar” ( **Blanchard & Miller, 2008, pág. 95**).

**Valorar los resultados y las relaciones.-** Si la empresa brinda un buen servicio y a la vez crea un entorno laboral que motive a los trabajadores, obtendrá como recompensa el incremento del rendimiento financiero.

**Encarnar los valores.-** Para que un líder tenga éxito, debe encarnar los valores de la organización a la cual dirige, si un líder no encarna los valores pierde la oportunidad de configurar la organización, es decir un líder debe tener credibilidad, practicar lo que predica.

empresas norteamericanas como líderes de desarrollo, productividad de los empleados y liderazgo efectivo.

El gerente es un en primer lugar un líder, una persona con principios, valores, conocimientos, aptitudes, y capacidades que utilice con inteligencia los recursos humanos y materiales que tenga a su disposición de tal forma que resuelva los problemas y pueda seleccionar alternativas para el logro de objetivos de la organización.

“En el mundo de hoy es importante el papel del visionario, del que tiene grandes ideas sobre el futuro aunque no sea un futurólogo; su participación con líderes y gerentes puede hacer posible grandes proyectos. Lo ideal sería que el mismo gerente o los líderes tengan cualidades de visionarios.

Administradores, gerentes y líderes académicos enfrentan situaciones totalmente nuevas en la gestión de hoy ya que se mueven en el mundo del conocimiento caracterizado por cambios rápidos y profundos.” (**Dutan Erraez, 1997, pág. 25**)

La gerencia de hoy exige un cambio de mentalidad, una actitud de servicio al personal al cual dirige, a los dueños de la empresa y a los clientes, y que sea capaz de transmitir esta actitud de servicio a sus colaboradores, se requiere de personas visionarias y emprendedoras con la capacidad suficiente de adaptarse a lo nuevo que tenemos hoy en día, ya que vivimos en un mundo de tiempos cambiantes, donde el usuario se vuelve más exigente, la competitividad crece y si no estamos dispuestos a enfrentar el cambio, las empresas no pueden crecer y desarrollarse.

“Vivimos una verdadera revolución del conocimiento. Según algunos autores, en el curso de 10 años, por lo menos la cuarta parte de los conocimientos y de las prácticas aceptadas se habrán vuelto obsoletas”<sup>11</sup>

El hospital debe adaptarse a la tecnología y procesos actuales, capacitar constantemente a su personal para enfrentar los cambios profundos que ocurren día a día.

El personal médico y todas las personas que integran el hospital en sus diferentes funciones, tienen una responsabilidad única frente al usuario ya que está en juego la salud y la integridad física de los mismos. El criterio generalizado de los pacientes y público es que concurren a la entidad de salud no necesariamente guiados por el nombre del hospital sino porque consideran que en el interior del mismo laboran profesionales capaces de resolver los problemas de salud con calidad y humanismo.

Existe otro grupo de trabajadores y empleados que desempeñan su trabajo en el área administrativa y que no están en contacto directo con el usuario, más bien responden a las exigencias de sus superiores; sus objetivos básicamente son los de mejorar el ingreso económico del hospital, en tanto que los objetivos de los profesionales de la salud se proyectan a restablecer la salud para mejorar sus ingresos personales.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Gestión administrativa**

Las organizaciones a nivel mundial, están representadas bajo diversos enfoques según su formalidad, pero todas coinciden en estar compuestas

por un grupo de personas que coadyuvan al cumplimiento de objetivos y

metas, para la consecución de un fin o beneficio en común, previamente definido.

Según **(Robbins & Coulter, 2005)** Una organización es una asociación deliberada de personas para cumplir determinada finalidad.

Esta definición, engloba las características básicas e importantes que poseen las organizaciones, además de muchas otras que van evolucionando con la globalización y las necesidades de una administración eficiente y eficaz. Si bien las organizaciones pueden otorgar múltiples beneficios a quienes la integran y dirigen, mayor es la responsabilidad de la gerencia de administrar las actividades asociadas, referentes a la planificación, organización, dirección y control del trabajo de los miembros y recursos disponibles, para alcanzar las metas establecidas.

En tal sentido, se obtiene que los gerentes son aquellos individuos encargados de planificar, organizar, dirigir y controlar la asignación de recursos humanos, financieros y de información para lograr los objetivos de la organización. Es por ello, que los gerentes de hoy en día deben desarrollar seis competencias gerenciales claves, que según **(Hellriegel, Jackson, & Slocum, 2002)** son; la comunicación, la planeación y la administración, el trabajo en equipo, la acción estratégica, la globalización y el manejo de personal. Todo esto los conducirá a un mejor desempeño de las funciones administrativas, a ser competitivos y al sostenimiento de su organización en el mercado.

Así, se puede decir que la función principal de los gerentes es administrar y

que este término es el compendio o la agrupación de cuatro elementos claves, que han trascendido históricamente y que muchos autores han

adaptado, pero todos coinciden en la finalidad básica de planear, organizar, dirigir y controlar, representando estos cuatro conceptos, las funciones básicas de la administración, que deben desarrolladas por los gerentes, de la forma mas objetiva y consciente para generar la utilidad esperada.

### **Administración y gestión**

La administración según (**Robbins & Coulter, 2005**); Consiste en coordinar las actividades de trabajo de modo que se realicen de manera eficiente y eficaz con otras personas y a través de ellas.

Además, la administración es un proceso que se deriva de las funciones de planeación, organización, dirección y control. Si se combinan las definiciones de gestión y administración se obtiene que, la gestión administrativa es el proceso de diseñar y mantener un entorno en el que, trabajando en grupo los individuos cumplan de manera eficiente y eficaz objetivos específicos. Es un proceso muy particular consistente en las actividades de planeación, organización, dirección y control desempeñadas para alcanzar los objetivos preestablecidos con el uso adecuado de recursos humanos, físicos, financieros y otros.

Partiendo de la misma visión, (**Beltrán, 2000, págs. 35-36**) define el término gestión; como el conjunto de decisiones y acciones que llevan al logro de objetivos previamente definidos y categoriza la gestión en tres niveles diferentes:

- La Gestión Estratégica que se desarrolla en los niveles de dirección y

Está relacionada con la definición general de la organización y su entorno.

- La Gestión Táctica, que considera como base a la gestión estratégica, al impacto de sus decisiones y acciones de mediano plazo, comprende las unidades estratégicas y enmarca las funciones de organización y coordinación.
- La Gestión Operativa se basa en la gestión táctica, sus decisiones y acciones en el corto plazo, incluyendo los equipos de trabajo (maquinas e individuos) y determinando las funciones de ejecución y control.

Como se puede observar, existe una relación directa entre los tipos de gestión y las funciones de la administración, la gestión estratégica combinada con la planificación y la toma de decisiones, la gestión táctica relacionada con la organización y coordinación y la gestión operativa que comprende las funciones de ejecución y control. Esto indica que la gestión administrativa es aplicable a nivel estratégico, táctico y operativo, conjugado con las funciones básicas de la administración.

Es importante analizar la gestión administrativa de una institución de servicios. Al decidir establecer un servicio, empresa, negocio, la gestión administrativa es uno de los temas más importantes, ya que de ella va a depender el éxito o fracaso.

### **Definición de gestión**

( **Carod & Corea S. , 2002**) Señalan que la gestión es la acción y efecto de gestionar o de administrar, es ganar, es hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera.

En otra concepción gestión es definida como el conjunto de actividades de dirección y administración de una empresa.

### **Definición de gestión administrativa**

*(Diccionario de la Real Academia Española , 1990)* explica que la administración es la acción de administrar (del Latín Administrativo- onis). Acción que se realiza para la consecución de algo o la tramitación de un asunto, es acción y efecto de administrar. Es la capacidad de la institución para definir, alcanzar y evaluar sus propósitos con el adecuado uso de los recursos disponibles. Es coordinar todos los recursos disponibles para conseguir determinados objetivos.

Esta es una definición genérica que nos dice mucho, un poco restringido, de carácter idiomático, realizada atendiendo a su significado etimológico, por lo que para tener una concepción más amplia del término debemos buscarla en la diversidad de definiciones hechas por un considerable número de tratadistas, por ejemplo Henry Fayol un autor trascendente, definió operativamente la administración diciendo que la misma consiste en "prever, organizar, mandar, coordinar y controlar" además consideró que era el arte de manejar a los hombres.

George Terry explica que la administración es un proceso distintivo que consiste en planear, organizada, ejecutar, controlar, desempeñada para determinar y lograr objetivos manifestados mediante el uso de seres humanos y de otros recursos.

Desde finales del siglo XIX se acostumbra definir la administración en términos de cuatro funciones específicas de los gerentes: la planeación, la

organización, la dirección y el control. Aunque este marco ha sido objeto de escrutinio, en términos generales sigue siendo el aceptado.

Por tanto, cabe decir que la administración es el proceso de planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades de los miembros de la organización y el empleo de todos los demás recursos organizacionales, con el propósito de alcanzar las metas establecidas para la organización.

Un proceso es una forma sistemática de hacer las cosas. Se habla de la administración como un proceso para subrayar el hecho de que todos los gerentes, sean cuales fueren sus aptitudes o habilidades personales, desempeñan ciertas actividades interrelacionadas con el propósito de alcanzar las metas planeadas.

Es más fácil entender un proceso tan complejo como la administración, si se descompone en partes y si se identifican las relaciones básicas entre ellas. Este tipo de descripciones, llamadas modelos, han sido utilizados por estudiantes y practicantes de la administración desde hace muchos decenios.

### **Funciones administrativa**

Partiendo de los conceptos antes señalados podemos decir que gestión administrativa es el proceso de diseñar y mantener un entorno en el que trabajando en grupo los individuos cumplen eficientemente objetivos específicos.

Es un proceso muy particular consistente en las actividades de planeación, organización, ejecución y control desempeñados para terminar y alcanzar

los objetivos señalados como el uso de seres humanos y otros recursos.

Existen cuatro elementos importantes que están relacionados con la gestión administrativa, sin ellos es importante que estén relacionados con la gestión administrativa, sin ellos es imposible hablar de gestión administrativa, estos son:

- Planeación
- Organización
- Ejecución
- Control.

En el mismo orden de ideas y haciendo referencia a las funciones administrativas que desarrollan los gerentes, es necesario conceptualizar cada una de estas. **Según (Robbins & Coulter, 2005)** la primera función o proceso de la administración es la Planeación, esta suele ser compleja y abstracta, ya que comprende la toma de decisiones, la planificación y la administración estratégica. Es en esta etapa, donde se definen la misión, objetivos y metas, se establecen las estrategias y se diseñan los planes para coordinar las actividades.

En este sentido, **(Robbins & Coulter, 2005)** conceptualizan la planeación como: Función de la administración en la que se definen las metas, se fijan las estrategias para alcanzarlas, y se trazan planes para integrar y coordinar las actividades.

La planeación se inicia con el proceso de toma de decisiones, el cual comprende ocho etapas que ayudaran a determinar un problema, elegir una alternativa y evaluar la eficacia de una decisión. Este proceso comienza con

decisión, asignar prioridades a estos según su peso, desarrollar alternativas, analizarlas, seleccionar una para ser implementada y evaluar la eficacia de la decisión tomada.

La toma de decisiones en cualquier organización, requiere de racionalidad e intuición, es decir, que se debe ser objetivo, lógico, coherente y las decisiones tomadas deberán estar basadas en la experiencia. Además los gerentes deben estar dispuestos a enfrentar tres condiciones en la toma de decisiones, la certeza de los resultados, el riesgo según la probabilidad de ciertos resultados y la incertidumbre de desconocer los resultados.

En relación a lo anterior, la planificación representa la materialización de la toma de decisiones que emprende el futuro específico que los gerentes quieren para sus organizaciones. Es por ello, que la planeación se ocupa de establecer lo que hay que hacer y como hacerlo, a través de la visión, misión, objetivos, metas y estrategias definidas según el tipo de plan; estratégico, operativo, de largo plazo, de corto plazo, específico, direccional, único y/o permanente.

Así, la planeación en este estudio se regirá por ocho fases, tal como las estructuran **(Hellriegel, Jackson, & Slocum, 2002)** empezando con el análisis de la misión y objetivos, para luego elaborar el diagnóstico de amenazas y oportunidades, fortalezas y debilidades, que permitirán el desarrollo de estrategias, la preparación del plan estratégico y los planes tácticos, el control y diagnóstico de resultados, para terminar con la fase de planeación continua que retroalimenta el ciclo.

la administración estratégica, marcando la diferencia en el desempeño de la organización, motivado a que contribuye al dinamismo de los planes según las divisiones y permite adaptarlos a la realidad del entorno organizacional. En consecuencia, la administración estratégica representa un proceso de seis etapas que comprende la planeación, implementación y evaluación estratégica. Este proceso permite a los gerentes, comprender el ambiente en que opera su organización y determinar posibles acciones. Las etapas de este proceso son las siguientes:

1. Identificar la misión, los objetivos y las estrategias actuales de la organización.
2. Realizar un análisis externo para determinar las oportunidades y amenazas.
3. Establecer un análisis interno para definir las fortalezas y debilidades.
4. Formular estrategias.
5. Puesta en marcha de las estrategias.
6. Evaluación de los resultados.

Con la identificación de las seis etapas mencionadas arriba, se puede obtener una planeación idónea que beneficie el normal proceso de los elementos de la administración. Esto implica que las decisiones tomadas y los planes ideados, deberán ser ejecutados, evaluados y reconsiderados, en base a las deficiencias que se presenten, tomando en cuenta las metas y objetivos de la organización, según las variables del entorno y el mercado en el que se desarrollan.

Después de describir el proceso de planeación que realizan los directivos de una empresa o de sus divisiones, es necesario comprender la importancia que este tiene en el resto de los procesos de la administración y que según **(Koontz & O'Donnell, 2003)** evidentemente es mejor decir que se ha de hacer y evaluar las consecuencias de diversos planes antes de implantarlos, sin consecuencias desastrosas; establece un sentido de voluntad de toma de decisiones y permite al gerente cumplir con una mayor facilidad los objetivos y metas propuestas; al respecto revelan que los recursos se necesitan para lograr la meta (organización), establecer una estrategia para poner en práctica un plan (dirección) y un medio de asegurar su cumplimiento (control).

Tomando en cuenta la vinculación que tiene la planeación con los demás elementos de la administración, es pertinente estudiar cada uno de estos por separado, tal es el caso de la organización, relacionada al diseño y la estructura organizacional, la cual forma parte importante en la toma de decisiones y en la elaboración de los planes. A razón de esto, la organización como uno de los procesos de la administración, comprende el desarrollo o cambios en la estructura organizacional y la distribución formal de los empleos dentro de la misma.

Así pues, la organización según **(Koontz & Heinz Wehrich. , 2004)** es la parte de la administración que supone el establecimiento de una estructura intencionada de los papeles que los individuos deberán desempeñar en una empresa.

Esta definición supone la creación de un entorno favorable para el desempeño humano y la asignación que debe hacerse a las personas más

Tesis publicada con autorización del autor  
No olvide citar esta tesis

**UNFV**

capacitadas y con mayores conocimientos para realizar las tareas correspondientes. Igualmente, el propósito de la organización es la división del trabajo a realizar en tareas y departamentos específicos, asignar tareas y responsabilidades relacionadas con empleos individuales, coordinar diversas tareas, agrupar los trabajos en unidades, establecer relaciones entre los individuos, grupos y departamentos, implantar líneas formales de autoridad y la adecuada distribución y utilización de los recursos organizacionales.

En relación a lo anterior, la organización está representada por la estructura organizacional, que no es más que la distribución formal de los empleos dentro de la empresa. Y el diseño organizacional, el cual corresponde al desarrollo o cambios en la estructura, para lo que se debe tener en cuenta seis elementos claves, como lo son; la especialización del trabajo, la departamentalización, la cadena de mando, amplitud de control, centralización y descentralización, y la formalización.

Estos seis componentes del diseño organizacional, requieren de un proceso de toma de decisiones idóneo, para obtener que los empleados realicen su trabajo con eficiencia y eficacia. Cuando hablamos de eficiencia nos referimos a la obtención de la mayor cantidad de producción con la menor cantidad de insumos, esto se conoce como “hacer las cosas correctamente” y el término eficacia, está relacionado a concluir las actividades de tal manera que se logren los objetivos organizacionales, lo cual se traduce en “hacer las cosas correctas”.

El último proceso de la administración recibe el nombre de control y se define como sigue:

Tesis publicada con autorización del autor  
No olvide citar esta tesis

**UNFV**

Según (**Koontz & Heinz Wehrich. , 2004**) el control consiste en medir y corregir el desempeño individual y organizacional para garantizar que los hechos se apeguen a los planes.

Esta definición contempla el objeto principal del control, medir y corregir, tomando en cuenta los planes que precedieron a la realización de las actividades y cumplimiento de metas, para obtener resultados que puedan ser estandarizados y revisados a fin de tener mayor certeza y realizar las correcciones necesarias en el tiempo pertinente. La importancia del control, radica en facilitar en forma eficiente el logro de objetivos y motivar a los empleados por medio de un liderazgo eficaz.

En tal sentido, es necesario que los gerentes efectúen un seguimiento para tener la seguridad de que los hechos, se están llevando a cabo de manera correcta y que se están logrando los objetivos. El control permite asegurarse de que las actividades reales conducen a las actividades proyectadas. El proceso de control se reduce a tres etapas; la medición del rendimiento o desempeño real, la comparación del desempeño real con una norma y la toma de medidas administrativas para corregir desviaciones o normas inadecuadas.

### **2.2.2. Nivel de satisfacción del usuario**

Históricamente, las relaciones médico-paciente, enfermera-paciente, han sido entendidas como elementos fundamentales para valorar uno de los

tradicionalmente ha sido denominada esta faceta del trabajo de las enfermeras y de los médicos, fue un elemento importante en el trato del paciente para el logro de un resultado positivo. En este sentido, se ha afirmado repetidas veces que no sólo son relevantes los aspectos de estricto trasfondo fisiopatológico, sino también las circunstancias del cuidado, el trato y la comunicación entre el equipo de salud y los pacientes, aunados a las relaciones con sus familiares son factores significativos en la tarea que cumple todo trabajador de la salud (**Pendleton & Hasler , 2004**) No debemos olvidar que una de las principales quejas de los pacientes dentro del sector salud de nuestro país, es precisamente sobre la inadecuada calidad de la información que reciben y que el cuidado que se les brinda tiene poco respaldo científico ( **(De los Ríos Castillo & Sánchez Sosa, 2002)**).

Los estudios sobre esta temática se engloban bajo un único y común denominador: la satisfacción del paciente. En las últimas décadas se ha producido un notable auge en la aparición de estudios encaminados a promover en los usuarios de los servicios de salud una sensación de agrado con los servicios recibidos. México no ha sido ajeno a estas medidas institucionales. La motivación de este tipo de estudios es, a nuestro entender, doble. Por un lado, responde a la presión social ejercida por los usuarios en su derecho de opinar sobre el servicio otorgado; por otro, a la evidencia empírica de que la satisfacción del paciente es un indicador del cumplimiento adecuado de los servicios ofrecidos.

### **Satisfacción del paciente o usuario**

La *satisfacción del paciente* ha sido considerada tradicionalmente como factor determinante de la futura utilización de los servicios de salud, o bien,

Tesis publicada con autorización del autor  
No olvide citar esta tesis

**UNFV**

consecuencia de la utilización de estos **(Roghmann , Hengst , & Zastowny, 2009)** Podemos afirmar que la visión que se tiene del concepto del paciente sobre los servicios médicos, y su empleo, ha sido estudiada por personas en diversos tipos de intereses. Se destacan los estudios realizados por médicos y administradores de salud.

La **conceptualización predominante durante esta década fue la de E. (Koss , 2004)** y **(Donavedian , 1966, págs. 166-202)** , para quienes la *satisfacción del paciente* es ante todo, “una medida del resultado de la interacción entre los profesionales de la salud y el paciente”.

Mas recientemente, **(Cafferata & Roghmann, 2008)** han sugerido que la *satisfacción del paciente* puede ser mejor entendida como una “entrada” (*input*) a esa interacción, porque se trata de una variable que predispone al paciente hacia una determinada actitud y condiciona su conducta ante las enfermeras y médicos, principalmente. Para estos autores, la utilización de servicios no determina la satisfacción, aunque esta última sí condiciona la utilización futura de la red de servicios de la institución.

Combinando ambas aproximaciones, hay autores que han sugerido dos dimensiones para encuadrar el estudio de la satisfacción de los pacientes n **(Roghmann , Hengst , & Zastowny, 2009)**. Son ellas:

- a. Satisfacción general: Para referirse al grado de satisfacción del paciente con los cuidados recibidos.
- b. Satisfacción específica: La que hace mención al grado de satisfacción derivado de las experiencias anteriores en la utilización de un servicio de

La repercusión de la *satisfacción del paciente* en la calidad de la atención médica ha sido centro de debate en los espacios educativos y asistenciales; es el más difundido y aceptado el propuesto por Avedis (**Donavedian , 1966**). Para este autor, la *satisfacción del paciente* en relación con los servicios de salud es un punto nodal para determinar la calidad de la atención médica que se presta. (**Donavedian , 1966**) entiende la satisfacción del paciente, “*como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud*”.

Aunque han transcurrido más de 40 años desde que por primera vez Donabedian hablara de la *satisfacción de los pacientes*, este concepto sigue vigente. Hoy en día se sigue entendiendo la *satisfacción del paciente* como medida de garantía de calidad tanto como resultado de la asistencia puntual que prestan la enfermera y el médico, principalmente. Sin embargo, desde nuestra óptica, más que un aspecto objetivo de esa calidad, cabría mejor hablar de “*calidad sentida por los pacientes*”, o, en otros términos, de los aspectos subjetivos de la calidad de la atención. Lo anterior requiere analizar la definición del concepto.

### **Factores determinantes de la satisfacción del usuario**

Una cuestión diferente supone conocer por qué un paciente está satisfecho. Algunos autores, como (**Zastowny , Roghmann, & Hengst, 2003**) han determinado que los altos costos de los servicios de salud, la ineficacia del tratamiento, la ausencia de información comprensible, la falta de interés en los problemas de salud del paciente y la petición de un excesivo número de

exámenes de laboratorio y servicios auxiliares de diagnóstico (rayos X,

tomografías, resonancia magnética, etc.), son las principales causas de insatisfacción de los pacientes.

Siguiendo a **(Carmel , 2005)** y **(Weiss, 2008)** podemos considerar tres aspectos como los más determinantes.

### **1. Las características del paciente**

La edad, el sexo, el nivel educativo, el ingreso económico, las expectativas ante los trabajadores de la salud (enfermeras y médicos), el estado de salud, son variables que se deben considerar en la satisfacción de los pacientes. Los resultados de las investigaciones realizadas hasta la fecha no son del todo concluyentes en cuanto a algunas de estas variables. Sin embargo, según **(DiMatteo & Hays, 2000)** parece existir una ligera tendencia hacia una satisfacción mayor en pacientes de edad, que tiene explicación en sus grandes necesidades de comunicación ( **(DiMatteo & Hays, 2000)** Estos mismos autores mencionan que las mujeres, y en particular las personas con ingreso económico medio y alto, tienden a exigir un elevado nivel de atención para su satisfacción.

En un estudio en pacientes mujeres, se hace claro que suelen encontrarse más satisfechas si el médico es también una mujer, especialmente en las intervenciones gineco-obstétricas **(Cooke & Ronalds, 2005)**.

En cuanto al estado de salud, se ha argumentado que los pacientes crónicos con fuertes dolencias somáticas tienden hacia la insatisfacción con los cuidados recibidos; sin embargo, los resultados no indican tendencias claras.

### **2. Características de la enfermera y del médico**

En este rubro se caracterizan, dentro de la terminología clásica, el arte y la técnica de la atención, las relaciones enfermera-paciente, médico-paciente, la claridad y extensión de la comunicación y el resultado de dichas relaciones. **(Ben-Sira, 2000)** y **(Larsen & Rootman , 2006)** han resaltado que la calidad de la relación enfermera-paciente-médico es más determinante para la satisfacción con los cuidados recibidos que otras variables, como el nivel educativo o social de los pacientes. Es claro que el profesional de la salud que atiende al paciente es un buen indicador del grado de satisfacción de ese paciente con la asistencia recibida **(De los Ríos J & Ávila T, 2004)**. En concreto, los médicos y las enfermeras son más útiles y terapéuticos en el tradicional arte de la atención y son los profesionales mejor valorados por los pacientes.

La relación interpersonal es decisiva para lograr un alto nivel de satisfacción en el paciente y un adecuado cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas. Aquellas relaciones en las que se permite al paciente expresarse con libertad y se le ofrece suficiente información para aclarar dudas o temores, provocan un nivel de satisfacción y cumplimiento de las indicaciones médicas mucho mayores. **(Rost K. , 2009)** ha puesto de manifiesto que si el paciente interrumpe varias veces al médico o a la enfermera durante la entrevista clínica, aumenta su satisfacción; mientras que si es el médico quien interrumpe al paciente, sucede lo contrario. En el caso de las evaluaciones post-hospitalización, si el paciente se sintió ayudado, comprendido y acompañado de profesionales de la salud accesibles, su grado de satisfacción será muy elevado.

Hay que resaltar que cuando se les pregunta a los principales proveedores de cuidados (médicos y enfermeras) sobre qué consideran favorece la satisfacción del paciente, la mayoría (más del 70%), se muestran satisfechos de cómo trabajan y entienden que el tiempo de la interacción es un factor principal para determinar el grado de satisfacción del paciente<sup>36</sup>. Resultado semejante encuentra (**Merkel , 2004**) con residentes de medicina familiar, donde se demuestra que éstos son incapaces de determinar si el paciente que acaban de atender queda satisfecho con los cuidados prestados, achacando esta situación a la tecnología médica que no les permite interactuar adecuadamente, lo que se aúna al rol pasivo asignado al paciente. Por último cabe señalar que un aspecto importante en la relación enfermera-paciente-médico es la evaluación de los profesionales de la salud de su propia satisfacción con su nivel y condiciones de trabajo, de tal forma que existan también evidencias empíricas en ambas variables de interacción.

### **3. Factores de costo-beneficio**

La accesibilidad, el monto del pago, la duración del tratamiento y la continuidad del cuidado, son factores importantes en la satisfacción de los pacientes dentro del sector salud. Se ha demostrado que la continuidad del cuidado es un factor determinante para un elevado nivel de satisfacción; los pacientes manifiestan su agrado al tener las mismas enfermeras y médicos durante su estancia hospitalaria.

Es importante mencionar que la imagen que el hospital va creando sobre sus servicios está íntimamente relacionada con el grado de satisfacción que

**UNFV**

obtienen los pacientes y, por ende, con su futura utilización y/o **recomendación (Carmel , 2005).**

### **Definición de satisfacción del paciente**

Pero realmente ¿qué es la *satisfacción del paciente*? ¿a qué se están refiriendo los expertos cuando hablan de ello?

Para contestar a estas preguntas, primeramente debe considerarse el término satisfacción “como un elemento deseable e importante en la actuación médica y de enfermería, pero intuitivamente entendido por todos, sin **que exista un acuerdo en su significado empírico” (Pascoe , 2003).**

Algunos autores de gran influencia en el ámbito de la salud identifican *satisfacción del paciente* con cantidad y calidad de la información que reciben y se basan en la comunicación del profesional de la salud con el paciente como el criterio de satisfacción. Otros, como **(Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC,, & Thompson SJ, 2000)** , entienden que la *satisfacción del paciente* se concreta en la suma de los factores de satisfacción con la competencia profesional de los trabajadores de la salud, relacionada con sus cualidades personales para interactuar.

Desde una perspectiva estadística, **(Ware J & Hays R. , 2008)** colaboradores (2008) definen diez factores de primer orden que engloban la satisfacción del paciente. Son ellos:

- La accesibilidad de los servicios
- La disponibilidad de los recursos
- La continuidad de los cuidados

- La eficacia de los cuidados
- El costo de los servicios
- La humanización de los servicios
- La información al paciente
- El acceso a la información
- La competencia profesional del trabajador de la salud
- El entorno terapéutico

Por otro lado, **(Wolf MH, Putnam SM, James SA, & Stiles WB, 2008)** consideran tres dimensiones en la satisfacción del paciente:

1. Cognitiva: Cantidad y calidad de la información que ofrecen el médico y la enfermera.
2. Afectiva: Interés y comprensión que demuestran los trabajadores de la salud.
3. Competencia profesional: Habilidades y competencia clínica profesional del médico y de la enfermera.

Otros autores construyeron un cuestionario de satisfacción que explora diez dimensiones. Son ellas:

4. Competencia en el dominio emocional
5. Competencia en el dominio físico
6. Competencia en relaciones interpersonales

7. Médico y enfermera como modelos

Tesis publicada con autorización del autor

No olvide citar esta tesis

**UNFV**

9. Continuidad del cuidado percibido
10. Tipo y calidad de la información
11. Competencia técnica médica y de enfermería
12. Percepción del paciente de su atención individual
13. Entendimiento mutuo de la relación enfermera-paciente-médico

Sin embargo, en su estudio, estos autores llegan a la conclusión de que las dimensiones más importantes que se deben considerar son:

1. *Comunicación*: Explicaciones claras, intimidad en la conversación, interés por los problemas de salud de los pacientes.
2. *Actitudes profesionales*: Los profesionales de la salud deben adoptar conductas amables de apertura y comprensión de los problemas de salud de los pacientes.
3. *Competencia técnica*: Habilidades y conocimientos propios de su profesión.
4. *Clima de confianza*: Ambiente propicio para que el paciente sea capaz de discutir con la enfermera y el médico sus sentimientos, preocupaciones y temores.
5. *Percepción del paciente de su individualidad*: Respeto mutuo cimentado en una relación empática.

Otros autores, como **(Linder-Pelz , 2002)** consideran que para afirmar qué causa la satisfacción a un paciente, es imprescindible antes definir el vocablo

“*satisfacción*”; para este autor se trata de “una actitud positiva individual del paciente hacia distintas dimensiones de los servicios de salud”, entendiendo

por actitud “una idea cargada de emoción que predispone para un conjunto de acciones”.

### **2.2.3. Servicios de atención hospitalaria**

La atención hospitalaria siempre ha sido uno de los puntos sobre los que se ha tenido una apreciación bastante discrepante, ya que la afluencia de los usuarios y la calidad de la atención van a incidir sobre la satisfacción o insatisfacción. Por ello es necesario tener en claro cómo es que funciona el sistema nacional de salud, ya que muchas veces se piensa que en un hospital o en un centro de salud nos van a atender de todas nuestras dolencias y vamos a recibir el mismo nivel de tratamiento.

#### **Sistema Nacional de Salud**

( **CÓRDOVA CHINGA , 2008** ) en su proyecto dice que “ (ISIDRO, 2009)El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de instituciones, organizaciones y demás entes públicos y privados del sector salud y otros sectores y de personas naturales y jurídicas, vinculada directa e indirectamente con la salud de la población.

Este sistema está clasificado en tres niveles: central, regional y local. El nivel central cumple la función de coordinar, planificar y controlar todo aquello que se encuentre dentro del ámbito nacional. Mientras que el nivel regional está enmarcada dentro de las normativas y políticas de carácter nacional, y el nivel local dentro de las funciones operativas y programáticas.

Los servicios de salud del país están comprendidos en dos subsectores, el público y privado, siendo el (MINSA , 2009) Ministerio de Salud la principal institución pública del país que atiende fundamentalmente a la población que

no cuenta con seguro social y tiene por objetivo ofrecer acciones de salud a través de los establecimientos donde los servicios que brinda son curativos, de prevención, protección de la salud y control de epidemias. Su infraestructura comprende: hospitales, centros y puestos de salud.

ESSALUD, es la segunda en importancia y ofrece cobertura a los trabajadores del sector formal y sus dependientes. Está encargada de velar por la atención del país, desarrollando acciones de prevención y promoción, orientadas a procurar el bienestar del asegurado y su familia a través de sus diferentes programas. Cuenta con hospitales, centros médicos, policlínicos, postas médicas y otros.

La sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, prestan servicios de hospitalización y consulta, limitándose exclusivamente a la atención del personal militar y a sus respectivos familiares. Por último se encuentran las clínicas, cuyos establecimientos pertenecen al sector privado con una finalidad de lucro.

Los servicios especializados del sector público están organizados por niveles de complejidad según las redes de servicios con las que cuentan cada institución. En el caso del MINSA, existen Institutos Especializados de referencia nacional, los cuales, en el caso de oftalmología y rehabilitación, deberían cumplir función de rectora para la especialidad. Los pacientes son referidos de centros de menor complejidad tecnológica ubicados en las diferentes regiones del país. Existe una concentración de estos servicios especializados en la capital, donde la organización de servicios especializados por parte del sector privado es creciente.

La organización funcional del Sistema de Salud está dada por sus niveles de atención que varían de acuerdo a la complejidad (administrativa y de supervisión) de los servicios de atención médica.

### **Primer Nivel:**

Este nivel de atención médica constituye la puerta de entrada al sistema de salud, su infraestructura, recursos y organización deben ser tales que permitan una atención a problemas de la salud, de poca complejidad, pero de forma tal que sea continúa, integral y accesible a la población que sirve.

Este nivel deberá estar por lo tanto en condiciones de proporcionar servicios de medicina curativa y preventiva de acuerdo a las necesidades, y la demanda de la comunidad y teniendo en consideración los recursos disponibles.

El primer nivel de atención comprende establecimientos tales como: Dispensarios, Puestos y Unidades de Salud, variando estas últimas su complejidad de acuerdo a los servicios de apoyo y diagnóstico que poseen, ubicándose geográficamente por lo general los más complejos, en las ciudades principales.

Accesibilidad directa por parte de los usuarios y atendido por médicos generales. Su área de influencia es de hasta 10 mil habitantes y puede resolver y atender adecuadamente entre el 60 y 70% de la demanda de los pacientes.

### **Segundo Nivel:**

Aquí se brindan los servicios médicos a pacientes que necesitan atención de las cuatro áreas básicas: medicina, cirugía, pediatría, ginecología y

obstetricia y otras especialidades de la medicina y cirugía. Disponiendo de un conjunto de recursos organizados para atender los problemas que le sean referidos por el primer nivel. Su área de influencia es entre 50 mil a 100 mil habitantes.

Básicamente lo comprenden los Hospitales Generales, que cuentan con las técnicas y servicios de cierta complejidad a cargo de personal capacitado y equipos adecuados. Estos se clasifican en Hospitales Centrales y en Hospitales Periféricos.

### **Hospitales Centrales**

Son los de mayor capacidad resolutive dentro de un departamento y geográficamente ubicado en la cabecera departamental.

Tiene un sistema de referencia al hospital especializado, a otro de igual categoría o a otro establecimiento según sea el caso.

### **Hospitales Periféricos.**

Son aquellos establecimientos de menor complejidad, con un área de influencia definida y su nivel de referencia es el Hospital Central del Departamento.

### **Tercer Nivel:**

Este nivel de atención tiene como objetivo resolver la demanda de consulta y la hospitalización de alta especialidad que se presenta en la población y que requiere de servicios muy complejos, sus unidades de atención médica para operar adecuadamente y con eficiencia deben tener una amplia área de influencia y estar ubicados en una zona urbana para efectos de conjugar

los recursos humanos y materiales necesarios. Su área de influencia es sobre los 100 mil habitantes

El tercer Nivel tiene las siguientes características:

- Atiende problemas de salud poco frecuentes pero muy complejos.
- Asiste a pacientes a los que se les proporciona atención episódica, en una gran mayoría referidos por los otros niveles de atención.
- Emplea tecnología compleja y muy especializada.
- Requiere de personal altamente calificado en áreas específicas.
- Forma especialistas en las áreas propias del hospital.

De acuerdo a los niveles de atención médica antes mencionados se puede dar la siguiente clasificación de hospitales.

### **Hospital Tipo I:**

En éste tipo de establecimiento se presta atención ambulatoria y hospitalaria de nivel primario y secundario. Son centros de referencia de los servicios ambulatorios, se encuentran ubicados en poblaciones hasta 20 mil habitantes, con área de influencia hasta 60 mil habitantes con 20 a 59 camas; con los servicios complementarios de laboratorio, rayos X, farmacia, anestesia, hemoterapia y emergencia.

Puesto de salud, Centro de salud, Centro de salud con camas transitorias.

### **Hospital Tipo II:**

Aquí se presta atención de nivel primario, secundario y algunos de nivel terciario, se encuentran ubicados en poblaciones de más de 20 mil habitantes, con área de influencia hasta 100 mil habitantes, tienen entre 60

y 149 camas de hospitalización. Pueden desarrollar actividades docentes de Pre y Post-Grado. Prestan servicios de Medicina, Cardiología, Psiquiatría, Dermatovenereología y Neumonología, Cirugía, Traumatología, Oftalmología y Otorrinolaringología, Ginecología y Obstetricia, Pediatría. Servicios de Emergencia, Trabajo Social, Dietética y Fisioterapia.

Poli consultorio, Hospital del Distrito de salud.

### **Hospital Tipo III:**

Se prestan servicios de atención médica integral en los tres niveles. Ubicados en poblaciones mayores de 60 mil habitantes, con área de influencia hasta de 400 mil habitantes, con capacidad entre 150 y 300 camas; cuenta con Departamento de Medicina, Nefrología, Reumatología, Gastroenterología, Medicina Física y Rehabilitación. Cirugía: Traumatología, Urología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Gineco-Obstetricia y Pediatría. Cuenta con Jefes de Departamento.

### **Hospitales generales y de especialidad.**

#### **Hospital Tipo IV:**

Este establecimiento presta atención médica de los tres niveles, con proyección hacia un área regional, ubicados en poblaciones mayores de 100 mil habitantes y con área de influencia superior al millón de habitantes, tiene más de 301 camas. Cuentan con unidades de larga estancia y albergue de pacientes. Posee todos los servicios de un hospital tipo III, más otros de mayor complejidad como Neurocirugía, Ortopedia, Proctología, Inmunología, Endocrinología y otras especialidades. Cumplirá además funciones de

de Medicina y desarrollará actividades de investigación. Son centro obligado de referencia y a su vez emitirán la correspondiente contrarreferencia a los casos a él referidos.

### **Establecimientos de Salud**

Los establecimientos de salud son aquellos que realizan, en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.

Estos se clasifican de acuerdo al tipo de prestación que brindan.

- Establecimientos de atención ambulatoria
- Establecimientos de internamiento
- Servicios médicos de apoyo

Los establecimientos de salud de mayor complejidad como hospitales representan el 4.0% del total y las clínicas el 9.2%. Los de menor complejidad como centros de salud-policlínicos y puestos de salud con 47.5% y 39.3% respectivamente. Así mismo el Ministerio de Salud es responsable del 66% de la población, mientras que el Seguro Social tiene un 13% de responsabilidad y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, Gobiernos Regionales, Municipios, Servicios de Salud no públicos, entre otros tiene el 21 % de responsabilidad de la población peruana.

En Lima Metropolitana se ubica el 74.5% de los establecimientos de salud del departamento, de este total el 57.3% son Centros Policlínicos, el 27.0% Puestos de Salud y el 15.7% son Hospitales y Clínicas.

Los distritos que cuentan con mayor número de establecimientos son: Lima (80), Villa El Salvador (67), San Juan de Lurigancho (50), Comas (48), San Juan de Miraflores (46), Callao (44), Chorrillos (42), Miraflores (38), Jesús María (36) y Villa María del Triunfo (35), representando entre todos el 50.6% del total de los establecimientos del área de Lima Metropolitana; de ellos el 56.6% son Centros de Salud – Policlínicos, el 26.5% Puestos de Salud y sólo el 16.9% son Hospitales y Clínicas.

#### *Establecimientos de atención ambulatoria*

Son considerados establecimientos de atención ambulatoria aquellos a cargo de uno o más profesionales de salud que desarrollan actividades que se restringen a la atención clínica, o a la realización de procedimientos de diagnósticos o tratamientos que no requieren de internamiento. Estos son:

- Puestos de salud o postas médicas
- Centros de salud
- Centros médicos
- Policlínicos
- Consultorios médicos y de otros profesionales de la salud

#### *Establecimientos de internamiento*

Son considerados establecimientos de internamiento aquellos que brindan atención integral, general o especializada al paciente agudo o crónico, y que para realizar atenciones o procedimientos clínicos o quirúrgicos, con fines diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación, incluidos los de cirugía

estética, requieran colocar al paciente en cama por su grado de dependencia o riesgo.

- Hospitales o clínicas de atención general
- Hospitales o clínicas de atención especializada
- Centros de salud con camas
- Centros de atención geronto-geriátrica
- Institutos de salud especializados con camas
- Centros de atención para dependientes a sustancias psicoactivas.

#### *Servicios médicos de apoyo*

Los servicios médicos de apoyo son establecimientos o unidades productoras de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento de internamiento o de atención ambulatoria, según corresponda, que brindan servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos.

Son servicios médicos de apoyo:

- Los laboratorios clínicos, de anatomía patológica, y de diagnóstico por imágenes (rayos x, ecografía, tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear)
- Establecimientos que desarrollan sub-especialidades: medicina nuclear, radioterapia, medicina física, rehabilitación, hemodiálisis, litotripsia.
- Servicio de traslado de pacientes, atención domiciliaria o atención pre-hospitalaria.

- Establecimientos de recuperación o reposo.
- Centros ópticos.
- Laboratorios de prótesis dental
- Ortopedias y servicios de podología.

### 2.3. MARCO CONCEPTUAL

**Gestión.** Es el conjunto de decisiones y acciones que llevan al logro de objetivos previamente definidos y categoriza la gestión en tres niveles diferentes (**Beltran, 1999**)

**Gestión administrativa.** Una organización es una asociación deliberada de personas para cumplir determinada finalidad. Esta definición, engloba las características básicas e importantes que poseen las organizaciones, además de muchas otras que van evolucionando con la globalización y las necesidades de una administración eficiente y eficaz (**Robbins & Coulter, 2005**).

**Nivel de satisfacción.** Puede ser mejor entendida como una “entrada” (*input*) a esa interacción, porque se trata de una variable que predispone al paciente hacia una determinada actitud y condiciona su conducta ante las enfermeras y médicos, principalmente. Para estos autores, la utilización de servicios no determina la satisfacción, aunque esta última sí condiciona la utilización futura de la red de servicios de la institución (**Cafferata & Roghmann, 2008**).

**Organización.** Es la parte de la administración que supone el establecimiento de una estructura intencionada de los papeles que los individuos deberán desempeñar en una empresa. (**Koontz & Heinz Wehrich. , 2004**).

**Planeación.** Es la función de la administración en la que se definen las metas, se fijan las estrategias para alcanzarlas, y se trazan planes para integrar y coordinar las actividades (*Robbins & Coulter, 2005*).

**Sistema Nacional de Salud.** Es el conjunto de instituciones, organizaciones y demás entes públicos y privados del sector salud y otros sectores y de personas naturales y jurídicas, vinculada directa e indirectamente con la salud de la población. (*MINSA, 2011*).

## **2.4. HIPÓTESIS**

### **2.4.1. Hipótesis general**

Cuanto mejor sea la gestión administrativa, menor será el nivel de insatisfacción del usuario por los servicios de atención de los establecimientos de salud de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión).

### **2.4.2. Hipótesis específicas**

- A. A mejores políticas de gestión pública, mayor satisfacción de los usuarios por los servicios de atención de los establecimientos de salud de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión).
  
- B. A mayores estrategias específicas de gestión, menor tiempo de recuperación de la confianza de los usuarios por los servicios de atención de los establecimientos de salud de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión).

## **CAPÍTULO III**

### **MÉTODO**

#### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación ha sido básica por haberse propuesto conocer todo el antecedente de la gestión administrativa en salud y la satisfacción del usuario por los servicios de atención así como la relación que establecen entre ambas variables para hacer y para actuar, ello nos ha permitido construir y realizar una propuesta que busque modificar la situación actual del tema en la práctica de la gestión administrativa y la satisfacción del usuario por los servicios de atención.

##### **3.1.1. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

La investigación ha sido descriptiva-correlacional por cuanto se ha buscado desarrollar fiel representación del caso de la gestión administrativa y la satisfacción del usuario por los servicios de atención que conduzca a mejorar la forma de organización con la utilización de los medios modernos de gestión y administración, sus problemas dentro de nuestro marco administrativo y jurídico, estudiado a partir de sus características. Describir en este caso es sinónimo de medir. Los resultados han sido usados para predecir, por el carácter prospectivo.

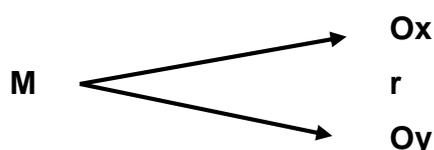
##### **3.1.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación ha utilizado el método científico y de forma específica el histórico y descriptivo. Histórico en cuando se ha tratado de la experiencia que se ha tenido sobre la gestión administrativa y la satisfacción del usuario por los servicios de atención en el Hospital de Ventanilla – Región Callao, se ha descrito lo que era y representa una búsqueda crítica de la verdad que sustenta los acontecimientos pasados. El investigador ha dependido de fuentes primarias y secundarias las cuales ha proveído la información y a las cuáles se ha tenido que examinar cuidadosamente con el fin de determinar su confiabilidad por medio de una crítica interna y externa.

Ha sido una investigación descriptiva, porque se ha trabajado sobre realidades de hecho y su característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta a fin de poder dar la valoración adecuada a lo que es la gestión administrativa y la satisfacción del usuario por los servicios de atención y la obtención de la información para la presente tesis.

### 3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo correlacional



Donde:

U : Universo

O<sub>01</sub> : Observación realizada a la V. Gestión administrativa.

O<sub>02</sub> : Observación realizada a la V. satisfacción del usuario.

R : Relación que existe entre las variables sometidas a estudio

### **3.2.1. ÁREA DE INVESTIGACIÓN**

Hospital de Ventanilla – Región Callao.

### **3.3. ESTRATEGIA DE PRUEBA DE HIPÓTESIS**

Los datos han sido procesados a través de las medidas de tendencia central para posterior presentación de resultados.

La hipótesis de trabajo ha sido procesada a través de dos métodos estadísticos. La prueba Chi – cuadrada de independencia y la fórmula estadística producto momento para el coeficiente de correlación lineal de Pearson aplicada al los datos muestrales, en base a las pruebas estadísticas del SPSS21.

La prueba T o comparación de medias para determinar si existe una relación entre una variable categórica y una variable de escala, para determinar si existe una diferencia estadísticamente significativa.

La prueba Z de comparación de proporciones que nos ha permitido comparar todos los porcentajes obtenidos para las categorías de las variables de la investigación, que se consolidará con el SPSS21.

La tabulación de la información ha sido computarizada utilizándose una base de datos llamada MS-ACCES, con el fin de realizar un análisis cuantitativo y cualitativo de los datos registrados.

Luego de esta operación se ha procedido a construir una hoja de cálculo, en base al paquete SPSS21, que ha permitido importar los cruces de información necesarios para la elaboración de cuadros y gráficos representativos.

### **3.4. VARIABLES**

#### **HIPÓTESIS GENERAL**

### **Variable independiente**

Gestión administrativa

### **Variable dependiente**

Nivel de satisfacción del usuario por servicios de atención

### **OPERACIONALIZACION DE VARIABLES**

| <b>VARIABLES</b>   | <b>DIMENSIONES</b>       | <b>INDICADORES</b>   |
|--|--------------------------|--|
| Independiente X<br>Gestión administrativa                                    | Gestión en salud         | - Sistema de gestión<br>- Organización<br>- Procedimientos   |
|  | Normas administrativas   | - Normas de control<br>- Principios<br>- Herramientas  |
| Dependiente Y<br>Nivel de satisfacción del usuario por servicios de atención | Satisfacción del usuario | - Relación médicos-usuarios<br>- Relación enfermeras-usuarios<br>- Calidad de atención<br>- Servicio de medicina   |
|  | Servicios hospitalarios  | - Consultorios externos<br>- Programas<br>- Estrategias<br>- Emergencia<br>- Hospitalización<br>- Farmacia<br>- Laboratorio<br>- Servicio Social<br>- Administración |

### 3.5. POBLACIÓN

Es conformada por 250 trabajadores (personal de ciencias de la salud, empleados, personal auxiliar, directivos) y 500 pacientes que a diarios reciben atención.

**Distribución de la Población por Categorías**

| Hospital     | Trabajadores | Usuarios | Total |
|--------------|--------------|----------|-------|
| San José     | 200          | 1 000    | 1 200 |
| Ventanilla   | 250          | 1 000    | 1 250 |
| D.A. Carrión | 250          | 1 000    | 1 250 |
| Total        | 700          | 3 000    | 3 700 |

### 3.6. MUESTRA

La muestra ha sido tomada siguiendo el procedimiento que a continuación se indica.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

N = Total de la población

Z $\alpha$  = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.5)

q = 1 – p (en este caso 1-0.5 = 0.5)

d = precisión (en su investigación use un 5%).

Para efectos del cálculo del tamaño de nuestra muestra, considerando N = 750 tenemos lo siguiente:

$$n = \frac{750 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (749) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{720.3}{4.3298}$$

$$n = 166.38$$

En total se ha tomado 166 personas (trabajadores y usuarios).

#### Distribución de la muestra por Categorías

| Hospital     | Trabajadores | Usuarios | Total |
|--------------|--------------|----------|-------|
| San José     | 20           | 90       | 110   |
| Ventanilla   | 30           | 90       | 120   |
| D.A. Carrión | 30           | 90       | 120   |
| Total        | 80           | 270      | 350   |

### 3.7. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Se ha utilizado: análisis, la observación, la entrevista, la encuesta, revisión y análisis documentario, fichaje de resumen, fichaje de cotejo.

### **3.8. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Técnica de la encuesta y su instrumento el cuestionario, aplicado a los trabajadores y usuarios para conocer su apreciación acerca de la gestión y la satisfacción frente a los servicios de salud.

### **3.9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

La investigación ha respondido a un diseño de recolección de datos que se ha aplicado a la muestra y a entrevistas que se ha realizado a los mismos.

#### **ANÁLISIS DESCRIPTIVO**

El análisis del trabajo ha sido descriptivo y se realizó teniendo en cuenta las hipótesis, basándonos en los datos estadísticos obtenidos a través de la muestra a estudiar y que nos servirá para dar la interpretación adecuada.

#### **ANÁLISIS INFERENCIAL**

Los datos obtenidos nos han permitido deducir las ideas centrales para lo cual se han aplicado los principios básicos de la estadística inferencial para poder contrastar las hipótesis según el tipo de variables.

#### **PAQUETES ESTADÍSTICOS**

Para el análisis estadístico se ha empleado el SPSS21 y el paquete MS Excel. Dentro del análisis estadístico se utilizará la tabla de contingencia aplicando el contraste del Chi2 con un nivel de significancia del 95% ( $p < 0.05$ ).

## **CAPÍTULO IV**

### **PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

#### **4.1. PRESENTACIÓN**

##### **El Hospital de Ventanilla**

El Centro de Salud Ventanilla funcionó desde el año 1964, como un establecimiento de salud perteneciente al MINSA, estuvo ubicado en la calle 12 de la Urbanización Satélite de Ventanilla, funcionando en un pequeño local alquilado, prestando atención ambulatoria a la población de la ciudad Satélite y Almirante Grau (Naval), a través de un médico, un odontólogo y un auxiliar de enfermería.

Debido a la migración de pobladores en busca de viviendas y mejoras de vida, se da lugar a la formación del primer Asentamiento Humano de Ventanilla Alta,

generando que se inicie la construcción del centro de salud Ventanilla inaugurándose el 8 de febrero de 1967 por el Presidente Constitucional de la República Fernando Belaunde Terry, siendo Ministro de Salud, asistencia social y Director del Fondo de Salud el Premier Doctor Daniel Becerra de la Flor, construido y equipado por el Fondo Nacional y Bienestar Social funcionando inicialmente como un Centro de Salud de doce horas.

Posteriormente debido a la mayor demanda de pacientes por la constante formación de Asentamientos Humanos en el años 1984 se amplió el horario de atención a 24 horas y generando el Servicio de Hospitalización dando inicio a las atenciones de partos eutócicos y atención inmediato del recién nacido, posteriormente a partir de 1993 se inicia la atención del Centro Quirúrgico, a través del programa “Cirugía de Día“(Cirugía Simplificada)

Al mismo tiempo forma parte de la Zonadis Ventanilla, conformada por doce centros de salud, siendo en el centro base, el centro de salud Mi Perú, teniendo como médico jefe a la doctora Delia Ruiz Zea. Para el año 1999 se realizaron modificaciones administrativas en los centros de salud, formándose ya las famosas redes de salud; siendo el Centro de Salud Ventanilla el nuevo centro base de la red a nivel Callao.

En Diciembre del 2005, se realiza el inicio de la construcción del Hospital de Ventanilla, por lo que se traslado a un ambiente provisional en la calle 10 de la Av. Pedro Beltrán, funcionando en la cochera de la Hermandad de San Martin de Porres, continuando la atención de Consulta Externa, Emergencias, Atención de Partos eutócicos, Atención inmediata de Recién Nacido y Hospitalización.

En Enero del 2007 finalmente se culminó la construcción del Hospital de Ventanilla, siendo el 1 de Mayo el día de la inauguración, y el inicio de las labores en dicha infraestructura.

El nuevo Hospital cuenta con un área real de 8.922.63 m<sup>2</sup>. Ubicado en la Urbanización Satélite del distrito de Ventanilla, provincia constitucional del Callao, en la Av. De la Revolución y por el fondo con la Calle Trompetero y a la izquierda con la Av. Néstor Gambeta.

El Hospital empieza a funcionar con los siguientes servicios: Emergencias, Sala de partos y puerperio, además se apertura los servicios de Medicina, Odontología, Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Traumatología, Urología (solo turno mañana), cirugía, Inmunizaciones, Nutrición, Programa de Tuberculosis, Rx, Mortuorio, Logística y Almacén.

Desde su funcionamiento ha tenido como directores al Dr. Cesar Ruiz Ñaupari, Dr. Germán Almonacid, Dr. Carlos Mata Núñez, Dr. Eder Sánchez Córdova. En agosto del 2009 asume el cargo el doctor William Castro Garay hasta el 16 de setiembre del año 2010, luego bajo la dirección de Dr. José Luis Orcacitas Jara y actualmente a cargo del Dr. David González Saenz.

Se encuentra ubicado en la Av. Pedro Beltrán, Ventanilla, Callao, Perú.

### **Servicios del Hospital**

El Hospital de Ventanilla ofrece los siguientes servicios:

### **Especialidad de Dermatología**

Es la especialidad médica encargada del estudio de la estructura y función de la piel, así como de las enfermedades que le afectan, ofreciendo su prevención, diagnóstico y tratamiento.

### **Especialidad de Psicología**

Es la ciencia que estudia la conducta o los comportamientos de los individuos, el funcionamiento del cerebro, la inteligencia, la personalidad, las relaciones personales, la consciencia y la inconsciencia.

### **Especialidad de Cirugía**

La cirugía es una especialidad dentro de la medicina cuya misión es curar las enfermedades o malformaciones según corresponda, es la práctica que implica manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico.

### **Especialidad de Ginecología**

Es el área que se hace referencia a la especialidad médica y quirúrgica que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino (útero, vagina y ovarios). Además existe, en relación con lo expuesto antes, la especialidad de obstetricia, a tal punto que casi todos los ginecólogos modernos son también obstetras.

### **Servicios de Ecografía**

Este servicio emplea los ecos de una emisión de ultrasonidos dirigida sobre un cuerpo u objeto como fuente de datos para formar una imagen de los órganos o masas internas con fines de diagnóstico. Utiliza un pequeño instrumento llamado transductor que emite ondas de ultrasonido.

## **Especialidad de Cardiología**

Es la especialidad médica dedicada al estudio de la enfermedades del corazón (tanto las orgánicas, que afectan a las válvulas, miocardio o a la circulación coronaria, como a las que se refieren a los trastornos del ritmo cardíaco y de las repercusiones que otras enfermedades sistémicas vasculares o no que pueden desempeñarse sobre este mismo órgano.

## **Especialidad de Neumología**

La neumología estaba ligada a la cardiología pero con el avance de descubrimientos en los campos de broncología y fisiología, la neumología paso a ser rama de la salud dedicada exclusivamente al estudio y tratamiento de las enfermedades respiratorias.

## **Apreciación acerca del Usuario**

El Hospital dentro de su sistema organizativo cuenta con la perspectiva acerca de lo que es el usuario o cliente, que se encuentra resumido en lo siguiente:

- Es la persona más importante de nuestro hospital
- No depende de nosotros, nosotros dependemos de él.
- Es el propósito de nuestro trabajo, no una interrupción al mismo.
- Es un ser humano de carne y hueso con sentimientos y emociones (como uno), y no una fría estadística.
- Es la parte más importante de nuestro hospital y no alguien ajeno al mismo.
- Es una persona que nos trae sus necesidades y enfermedades y es nuestra misión satisfacerlo.

- Es merecedor del trato más cordial y atento que le podemos brindar.
- Es alguien a quien debemos complacer y no alguien con quien discutir o confrontar.

Además establece que el éxito de un Hospital depende fundamentalmente de la demanda de sus usuarios. Ellos son los protagonistas principales y el factor más importante que interviene en la atención de Calidad.

### **Hospital Nacional Daniel A. Carrión**

Se encuentra ubicado en Av. Guardia Chalaca 2176, Bellavista – Callao.

El Hospital Nacional Daniel A. Carrión es la Institución de Salud de mayor complejidad en la red de establecimientos en la Provincia Constitucional del Callao, con Dependencia Administrativa de la Dirección de Regional de Salud I, es además un Hospital de referencia nacional y sede docente de pre y post grado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y otras Universidades Públicas y privadas.

En la actualidad el Hospital Carrión tiene una capacidad de 462 camas para hospitalización, 01 amplio y moderno servicio de Emergencia con Unidad de Shock Trauma, 143 consultorio Externos en las áreas de Medicina, Cirugía, Ginecología, Pediatría y Odontología, 01 Unidad de Cuidados Intensivos, 01 Unidad de Cuidados Intermedios, 01 Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, 01 Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, 07 Salas Quirúrgicas Electivas y 03 Salas de Emergencia, 01 Unidad de Quemados, 01 Unidad Oncológica, 01 Servicio de Preventorio (Centro de Prevención y Detección del Cáncer y otras Enfermedades),

un moderno servicio de Gineco Obstetricia y un nuevo sistema de atención denominado Hospital de día, además de contar con equipos de última generación como Tomógrafo Helicoidal Multicorte (128 cortes), Arco en C, Resonador Magnético, Cámara Gamma, Densitometro Óseo, Cámara Hiperbárica, Tomógrafo Axial Computarizado, Mamógrafo, Angiógrafo Digital, Colposcopio entre otros.

## **72º Años de Historia**

El 30 de Diciembre de 1941 se inauguró en la Provincia Constitucional del Callao el Hospital de Varones “Daniel Alcides Carrión”, siendo presidente de la República el Mariscal Oscar R. Benavides, Ministro de la Salud Pública el Dr. Guillermo Almenara y Presidente de la Beneficencia el Dr Rufino Aspiazu. La construcción de esta importante institución de Salud, destinada a la atención de la clase trabajadora de la Provincia, estuvo a cargo de la Beneficencia Pública del Callao.

Por su parte el Hospital San Juan de Dios, sede docente de la UNMSM, abrió sus puertas el 15 de Junio de 1968, para la atención exclusiva de mujeres, convirtiéndose posteriormente en Hospital General. Su construcción también estuvo a cargo de la Beneficencia Pública del Callao con la contribución de la Junta de Obras Públicas, el Fondo Nacional de Desarrollo Económico y el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social. Por entonces, era Presidente de la República el Arq. Fernando Belaúnde Terry, Ministro de la Salud Pública el Dr. Javier Arias Stella y Presidente de la Sociedad de Beneficencia Pública del Callao el Dr. Humberto Rafael Del Pino.

Con ambas Instituciones, el Callao, disponía de unos de los núcleos hospitalarios más importantes del país, teniendo la Beneficencia la responsabilidad de los

Hospitales San Juan de Dios, Daniel Alcides Carrión y la Maternidad de Bellavista; mientras que el Ministerio de Salud tenía a su cargo el Hospital Materno Infantil.

### **De la Beneficencia al Ministerio de Salud**

A partir del 01 de Enero de 1970, mediante D.S. N°0016-69.SA (del 23.10.1969), los Hospitales de la Beneficencia Pública del Callao pasaron a ser administrados directamente por el Ministerio de Salud, portafolio que designó una Comisión para proyectar su nueva Organización y otra para ejecutar el proyecto presentado por la Beneficencia, la misma que se conformó en Enero de 1970.

Como consecuencia del estudio y trabajo de las Comisiones se decidió la integración organizativa y administrativa de los hospitales San Juan de Dios y Daniel Alcides Carrión en uno solo al que se le denominó Hospital General Base del Callao.

En Octubre de 1971, mediante R.M N°00189-71-SA/DS, el Ministerio designa a este conjunto de hospitales Complejo Hospitalario Daniel Alcides Carrión.

### **Hospital Nacional**

El 15 de Marzo de 1991, mediante R.M N°0269-91-SA/DM, el complejo es designado HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, categoría que se da a aquellas Instituciones de Salud que brindan atención especializada, con capacidad para resolver problemas de mayor complejidad.

### **Hospital San José**

Se encuentra ubicado en el Jr. Las Magnolias 475 - Carmen de la Legua Reynoso - Callao (altura cuadra 4 av. Elmer Faucett).

El Hospital San José del Callao, fue creado en Junio de 1970, como hospital de campaña a causa del terremoto del 31 de Mayo de ese año; gracias al apoyo de la Fundación Inglesa “St. Joseph’s Hospice Association Liverpool”.

En el año 1973, fue transferido al Ministerio de Salud y administrado por el Complejo Hospitalario Daniel Alcides Carrión; encontrándose ubicado en la cuarta cuadra de la Av. Elmer Faucett, entre el río Rímac y la Av. Argentina, en el distrito de Carmen de la Legua – Reynoso. Inicialmente funcionó como Hospital Materno Infantil, priorizando su atención en las madres, además de servir como reposo de adultos mayores. Contaba con personal profesional de origen inglés, obstetrices y técnicas peruanas, alguna de las cuales aún se encuentran trabajando en nuestra institución

En la Actualidad brinda atención en las especialidades de Medicina Interna, Cardiología, Neumología, Gastroenterología, Neurología, Medicina Alternativa, Cirugía General y Laparoscópica, Oftalmología, Traumatología, Otorrinolaringología, Urología, Medicina Física y Rehabilitación, Psiquiatría, Pediatría, Neonatología, Ginecología y Obstetricia, Psicología, Odontología. Además, la atención de consulta externa se realiza en los turnos de mañana y tarde; emergencia las 24 horas del día, con un equipo básico de guardia.

Actualmente se encuentra en un proceso de ampliación y mejora de infraestructura buscando justamente brindar la calidad de atención que se merecen nuestros usuarios y poder cumplir con nuestros objetivos institucionales.

### **Gestión Administrativa de Calidad en los servicios de Salud**

Sin lugar a duda para tener una buena gestión administrativa se tiene que relacionar con la calidad de los servicios que se brinda, y por ello es que en el sector de salud se tiene que implementar una cultura de la calidad.

“En el área hospitalaria han surgido muchas ideas nuevas. Entre ellas están la asistencia enfocada en el paciente y muchos otros medios de proporcionar servicios más allá de los clínicos básicos. Surgieron muchas ideas nuevas relativas a las admisiones, tiempos de espera, cuidados en la cama, gestión interna, lavandería, decoración y disposición de la habitación, teléfonos, televisores, comidas (más allá de la nutrición básica) parqueo y otros servicios que rodean al producto básico del resultado correcto. Estas situaciones son llamadas algunas veces características o parte vendible de la calidad” ( *Blandon, 2006*).

El director del hospital debe tener claro que los servicios del hospital deben enmarcarse dentro de los estándares básicos de calidad, para lo cual el control constante de la calidad debe convertirse en un factor primordial de la actividad del hospital, sin temor a establecer reajustes en manuales de normas y procedimientos y enfrentarse a situaciones originadas por rutinas en los servicios.

### **La calidad del servicio**

Cuando hablamos de calidad nos referimos a una medida de la excelencia, un servicio de calidad supone ajustarse a lo que los usuarios desean.

Es decir preguntarnos

- Que quiere
- Cuando
- Y a qué precio.

La calidad técnica es la que se puede medir, responde a las especificaciones de producción.

Es necesaria una gestión activa de la calidad percibida por los usuarios. La gestión comienza por conocer los atributos fundamentales que el consumidor utiliza para calificar a la calidad.

Por ejemplo un hospital elegante, la forma de vestir, los títulos en la pared son elementos tangibles que tratan de transmitir una idea de calidad, tanto de las instalaciones del hospital como del servicio que brindan los médicos, es decir las imágenes cuentan.

La valoración de la calidad del servicio por parte de las personas que acuden al hospital, se fundamenta en una serie de factores entre los cuales podemos anotar los siguientes:

- Los elementos tangibles que el usuario puede sentir, tocar le sirven de referencia para valorar la calidad del servicio.

- Ausencia de errores. Recibir el servicio sin errores es un aspecto fundamental en la valoración del servicio.
- Una atención rápida y responsable.
- Hacerle sentir a la persona que acude al hospital que es importante.
- La sensación de seguridad. El consumidor debe sentir que le atiende un profesional que tiene los conocimientos adecuados.
- La cortesía del personal y el trato recibido por parte del personal.
- Empatía. El identificarse con la persona que acude al hospital y ponerse en su lugar.

### **Expectativas de calidad**

Cada usuario tendrá unas ciertas expectativas relacionadas con la calidad del servicio.

Las expectativas de calidad se forman en función de tres elementos fundamentales:

1. **Las necesidades personales.** Las propias necesidades concretas de un usuario, determinan en buena medida sus expectativas de calidad.
2. **La información recibida.** La información que tenemos sobre una empresa procede de numerosas fuentes, amigos, vendedores, medios de comunicación, la propia empresa y otras muchas. Esa información condiciona la calidad que esperamos recibir. Es por ello imprescindible brindar información sobre el hospital ya sea en mails o trípticos.
3. **La experiencia con el servicio.** Para muchas personas que son usuarias habituales de un servicio, es su propia experiencia anterior con el servicio lo que conforma en mayor medida sus expectativas de calidad.

### **Satisfacción del cliente**

La satisfacción de la persona que acude al hospital, está muy relacionada con el servicio, la satisfacción de las personas es evaluada en base a la identificación de la satisfacción de los servicios recibidos.

**Rendimiento percibido.** Se refiere al desempeño o resultado que una persona percibe luego de la adquisición de un producto o servicio.

**Las expectativas.-** Representan aquello que la persona espera conseguir con el uso del producto o servicio, son intangibles, cambiantes y pueden surgir por los siguientes puntos:

- Promesas de la empresa acerca de los beneficios de los productos o servicios.
- Experiencias de compras anteriores
- Opiniones de amistades, familiares, conocidos etc.
- Promesas de los competidores

## **4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN**

Luego de aplicar las encuestas tanto a usuarios como a trabajadores del Hospital de Ventanilla se ha llegado a establecer los siguientes resultados que se encuentran representados en los cuadros y gráficos.

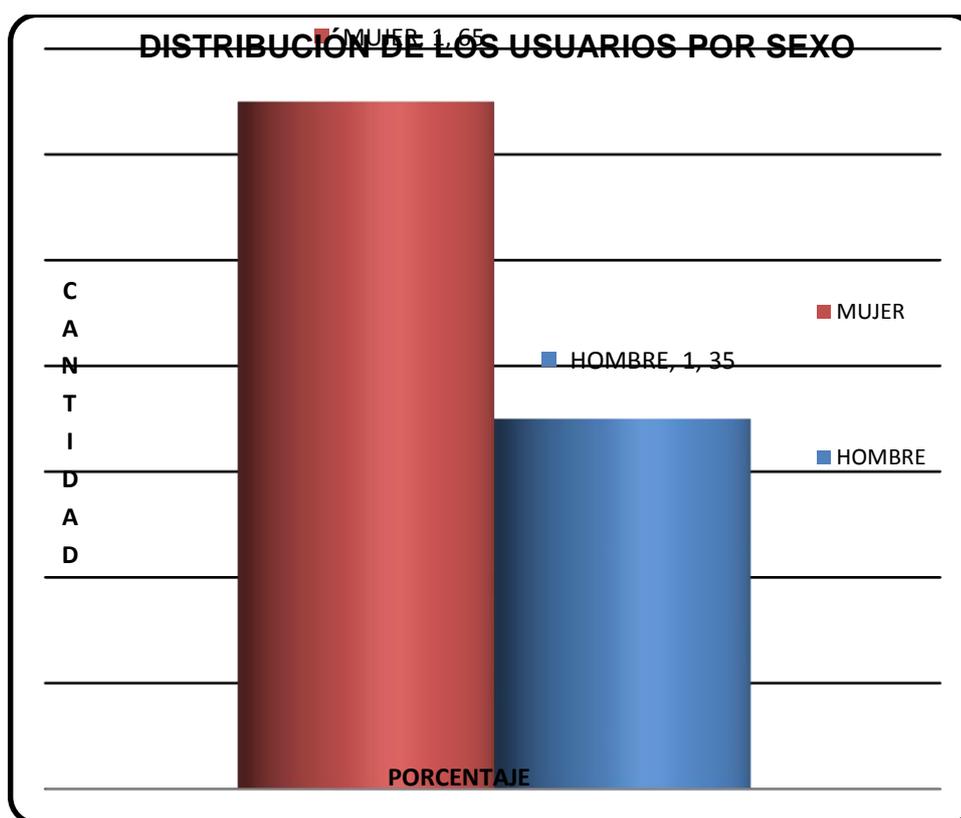
### **Distribución por sexo**

Según el sexo los usuarios se distribuyen así:

**CUADRO N° 1**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR SEXO**

| NIVEL EDUCATIVO | CANTIDAD | %   |
|-----------------|----------|-----|
| Mujer           | 176      | 65  |
| Hombre          | 94       | 35  |
| TOTAL           | 270      | 100 |

Fuente: Elaborado en base a encuestas.



Se aprecia en el cuadro anterior que los usuarios en su mayoría son mujeres en un orden del 65%, mientras que el 35% son hombres. Ello debido a la responsabilidad

en el hogar que tiene la mujer en cuanto se refiere al cuidado de los hijos y su propia iniciativa de velar por la salud de quienes se encuentran a su cargo, a pesar de que muchas de ellas trabajan.

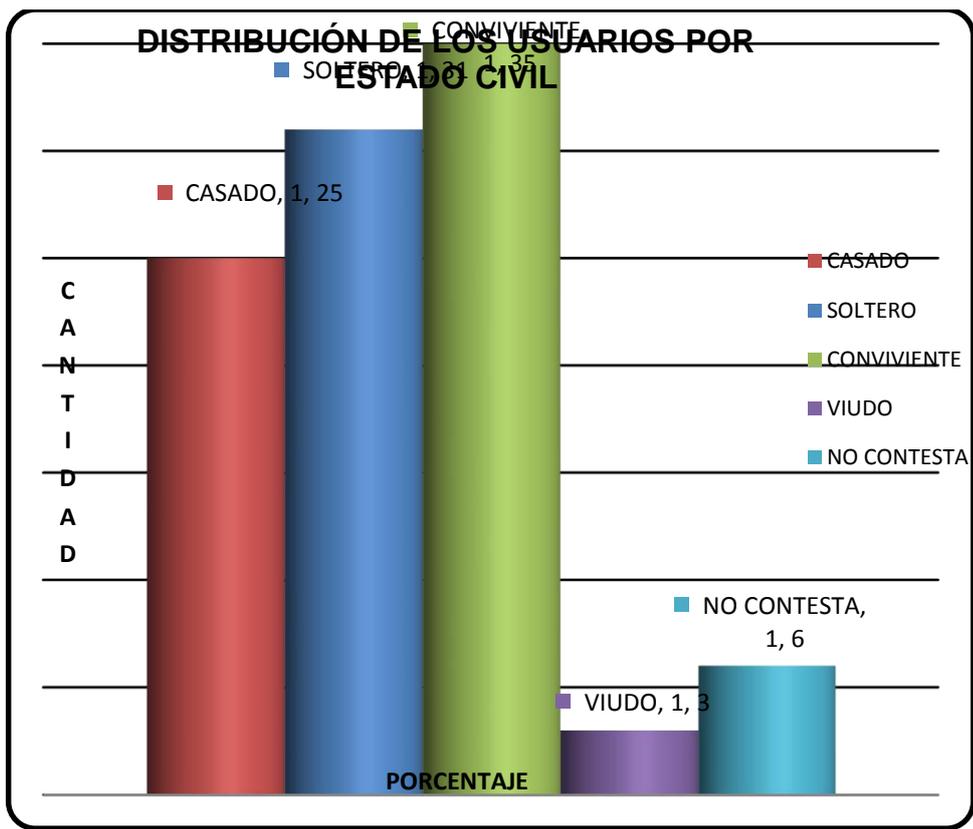
### **Estado civil**

De acuerdo al estado civil los usuarios han sido distribuidos de la siguiente manera:

**CUADRO N° 2**  
**DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR ESTADO CIVIL**

| <b>NIVEL EDUCATIVO</b> | <b>CANTIDAD</b> | <b>%</b>   |
|------------------------|-----------------|------------|
| Casado                 | 68              | 25         |
| Soltero                | 84              | 31         |
| Conviviente            | 95              | 35         |
| Viudo                  | 08              | 03         |
| No responde            | 16              | 06         |
| <b>TOTAL</b>           | <b>270</b>      | <b>100</b> |

Fuente: Elaborado en base a encuestas.



El estado civil de los usuarios se encuentra distribuido de la siguiente forma: un 25% son casados, el 31% manifiestan que son solteros, el 35% son convivientes, el 03% son viudos y un 6% no respondió acerca de su estado civil.

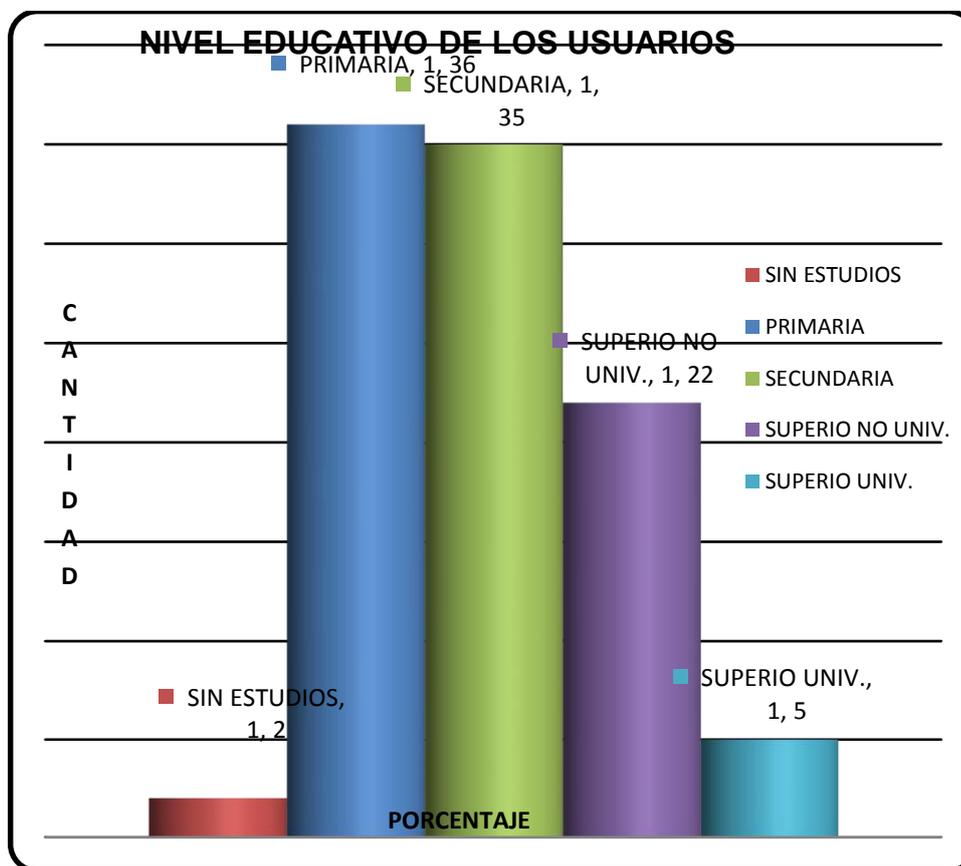
**Nivel de educación**

Uno de los puntos que se ha visto es el relacionado al nivel educativo cuyo resultado es el siguiente.

**CUADRO N° 3  
NIVEL EDUCATIVO DE LOS USUARIOS**

| NIVEL EDUCATIVO           | CANTIDAD | %   |
|---------------------------|----------|-----|
| Sin estudios              | 05       | 02  |
| Primaria                  | 97       | 36  |
| Secundaria                | 95       | 35  |
| Superior No universitaria | 59       | 22  |
| Superior Universitaria    | 14       | 05  |
| TOTAL                     | 270      | 100 |

Fuente: Elaborado en base a encuestas.



Del cuadro anterior se desprende que el 2% de los usuarios no tiene estudios, el 36% tiene estudios primarios, el 35% manifiesta que tiene estudios secundarios, el

22% de los encuestados tiene estudios superiores no universitarios y el 5% tiene estudios universitarios.

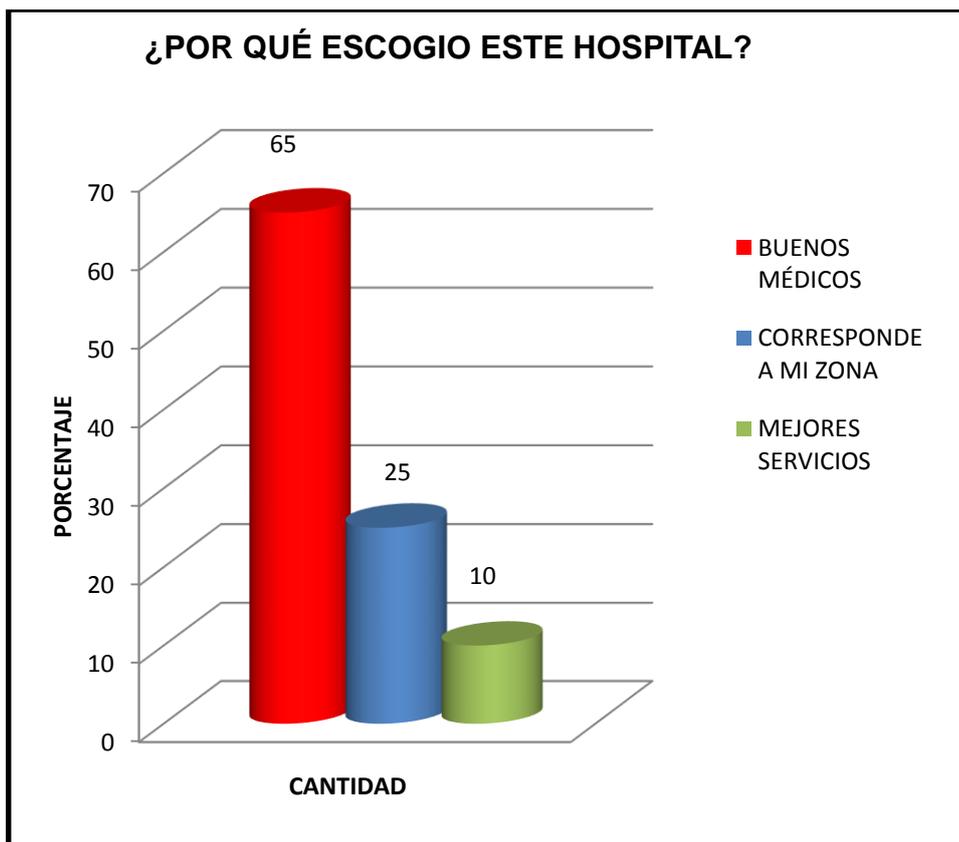
### **Satisfacción del usuario y Calidad de atención**

Es indudable que la satisfacción del usuario es fundamental para la presente investigación y para conocer la eficiencia del funcionamiento de los establecimientos de Salud de la Región Callao, por ello se les pregunto ¿por qué escogió este hospital?, obteniendo el siguiente resultado:

**CUADRO N° 4**  
**¿POR QUÉ ESCOGIÓ ESTE HOSPITAL?**

| <b>RESPUESTA</b>             | <b>CANTIDAD</b> | <b>%</b>   |
|------------------------------|-----------------|------------|
| Buenos médicos especialistas | 176             | 65         |
| Corresponde a mi zona        | 67              | 25         |
| Presta los mejores servicios | 27              | 10         |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>270</b>      | <b>100</b> |

Fuente: Elaborado en base a encuestas.



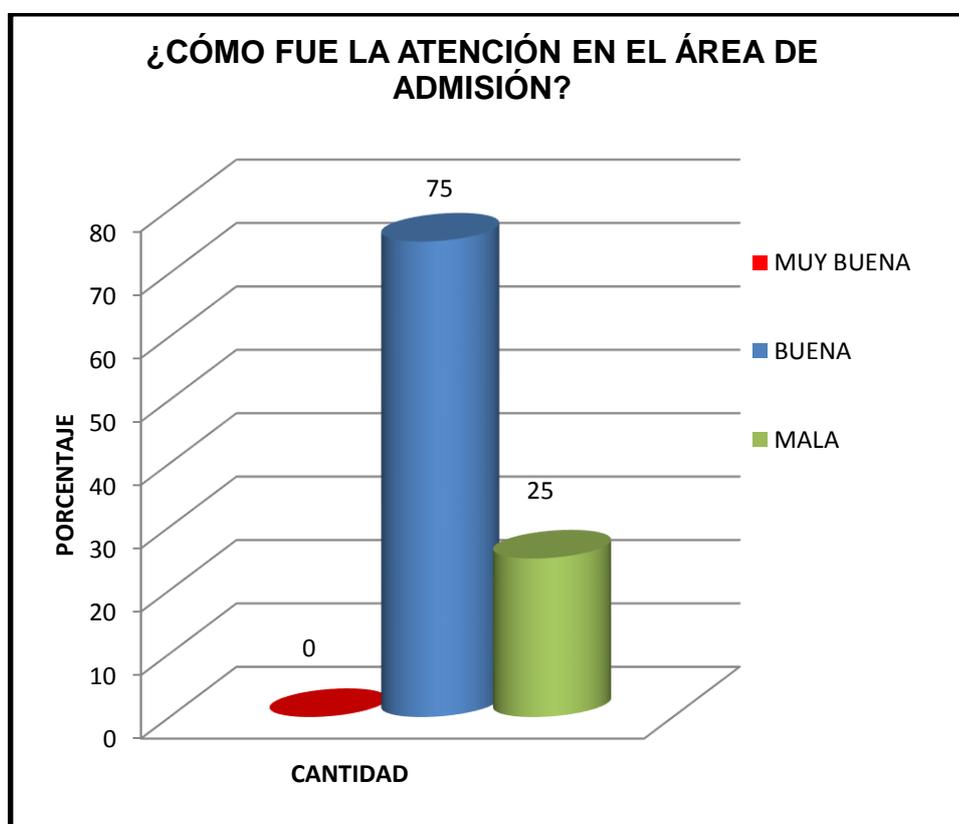
Al consultarles porque motivo escogieron el hospital para atenderse el 65% de los consultados manifestó que es porque existen buenos médicos especialistas, un 25 % manifestó que es porque le corresponde a la zona donde viven, está cerca a su lugar de residencia, mientras que un 10% nos contestó que es porque presta los mejores servicios en cuanto a medicina.

A continuación de les preguntó ¿cómo fue la atención en el Área de Admisión?, habiendo elaborado el siguiente cuadro.

**CUADRO N° 5**  
**¿CÓMO FUE LA ATENCIÓN EN EL ÁREA DE ADMISIÓN?**

| RESPUESTA | CANTIDAD | %   |
|-----------|----------|-----|
| Muy Buena | 00       | 00  |
| Buena     | 203      | 75  |
| Mala      | 67       | 25  |
| TOTAL     | 270      | 100 |

Fuente: Elaborado en base a encuestas.



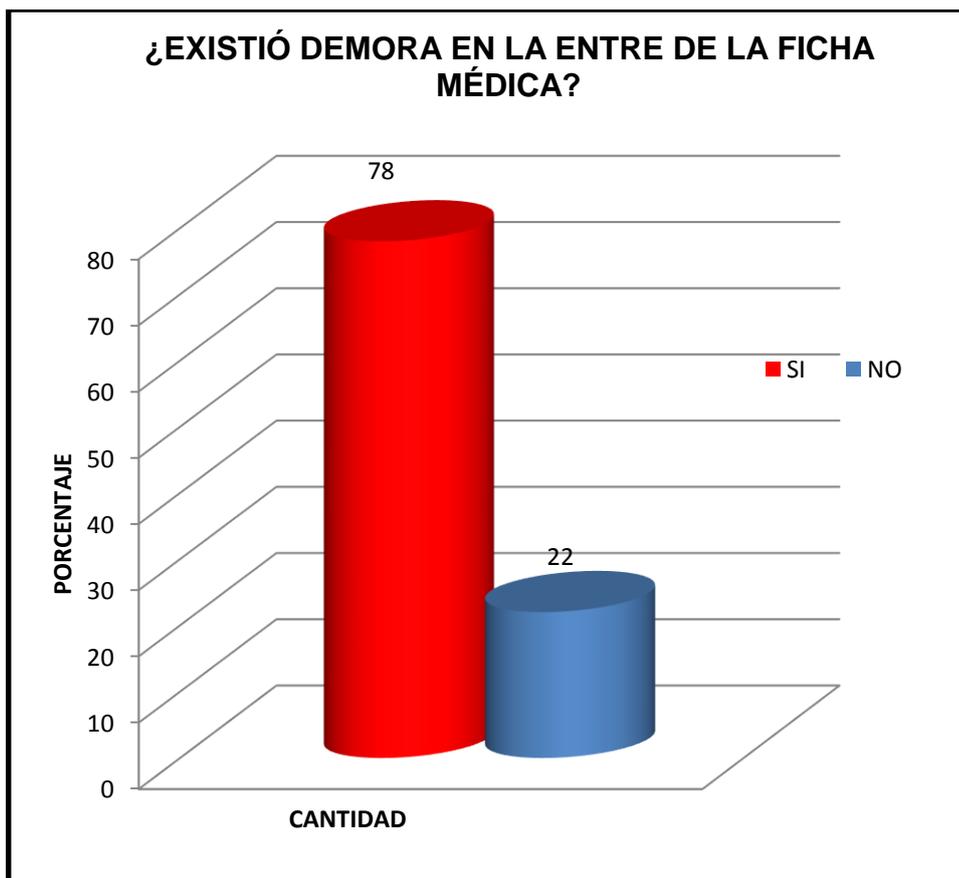
Al evaluar la atención en el Área de Admisión, si es que fue muy buena, buena o mala, para el 75% de los consultados la atención ha sido buena, mientras que para un 25% la atención ha sido mala ya que existe demora, y ningún usuario indica que la atención es muy buena.

Se les preguntó si existió demora en la entrega de la ficha médica para procedes a la atención, con cuyos resultados se ha construido el siguiente cuadro.

**CUADRO N° 6**  
**¿EXISTIÓ DEMORA EN LA ENTREGA DE LA FICHA MÉDICA?**

| <b>RESPUESTA</b> | <b>CANTIDAD</b> | <b>%</b>   |
|------------------|-----------------|------------|
| Si               | 210             | 78         |
| No               | 60              | 22         |
| <b>TOTAL</b>     | <b>270</b>      | <b>100</b> |

Fuente: Elaborado en base a encuestas.



En este punto referente a si existió demora o no en la entrega de la ficha médica vemos que el 78% de los consultados indica que existió demora en la entrega de la ficha al paciente y el 22% hace saber que no existió demora.

Se les consulto acerca del tiempo de espera que les toco hacer para poder ser atendidos en los consultorios, lo que se presenta en el siguiente cuadro.

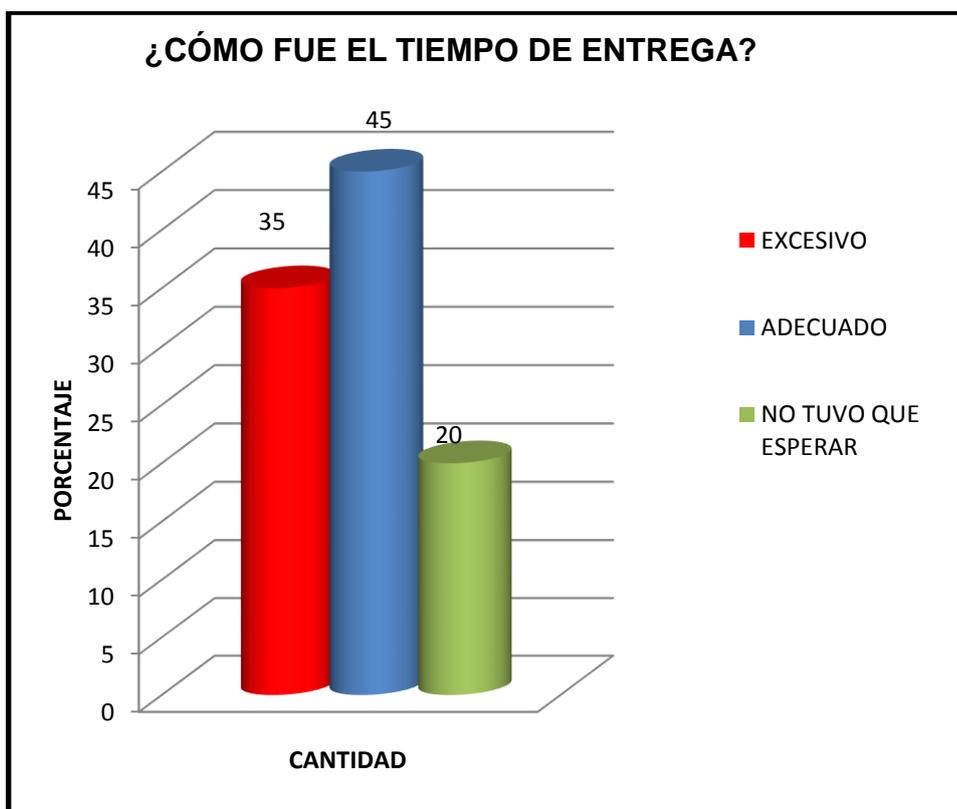
**CUADRO N° 7**

**¿CÓMO FUE EL TIEMPO DE ESPERA?**

| RESPUESTA | CANTIDAD | % |
|-----------|----------|---|
|           |          |   |

|                     |     |     |
|---------------------|-----|-----|
| Excesivo            | 95  | 35  |
| Adecuado            | 121 | 45  |
| No tuvo que esperar | 54  | 20  |
| TOTAL               | 270 | 100 |

Fuente: Elaborado en base a encuestas.



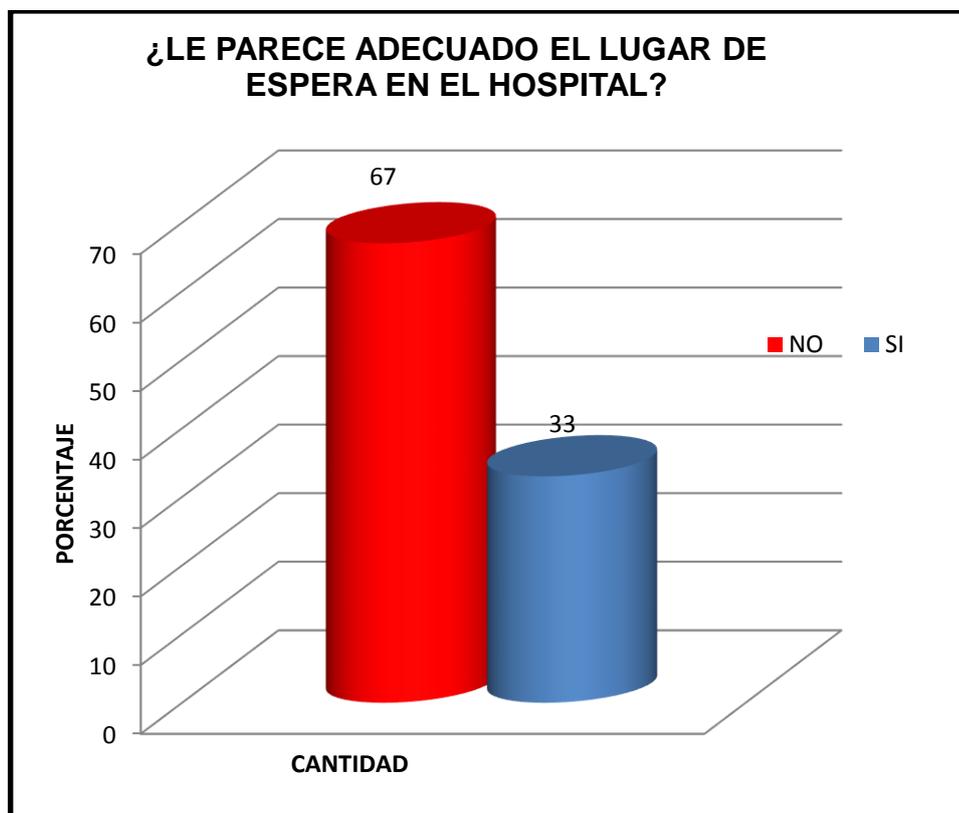
Al consultarles a los usuarios sobre el tiempo de espera para ser atendidos en los consultorios el 35% opina que es excesivo el tiempo que tienen que estar esperando para que les atiendan unido a las tempranas horas que tienen que acudir, el 45% opina que es adecuado el tiempo de espera y el 20% menciona que no tuvo que esperar y que fueron atendidos en forma inmediata.

Asimismo se les consulto sobre si les parece adecuado el lugar de espera para ser atendido habiendo elaborado el siguiente cuadro en base a las respuestas obtenidas.

**CUADRO N° 8**  
**¿LE PARECE ADECUADO EL LUGAR DE ESPERA EN EL HOSPITAL?**

| RESPUESTA | CANTIDAD | %   |
|-----------|----------|-----|
| No        | 181      | 67  |
| Si        | 89       | 33  |
| TOTAL     | 270      | 100 |

Fuente: Elaborado en base a encuestas.



Respecto a la pregunta el 67% de los encuestados opina que el lugar de espera de la consulta no es adecuado, ya que el espacio es muy reducido, no hay suficientes asientos, es incómodo, falta ventilación, mientras que para el 33% si es adecuado.

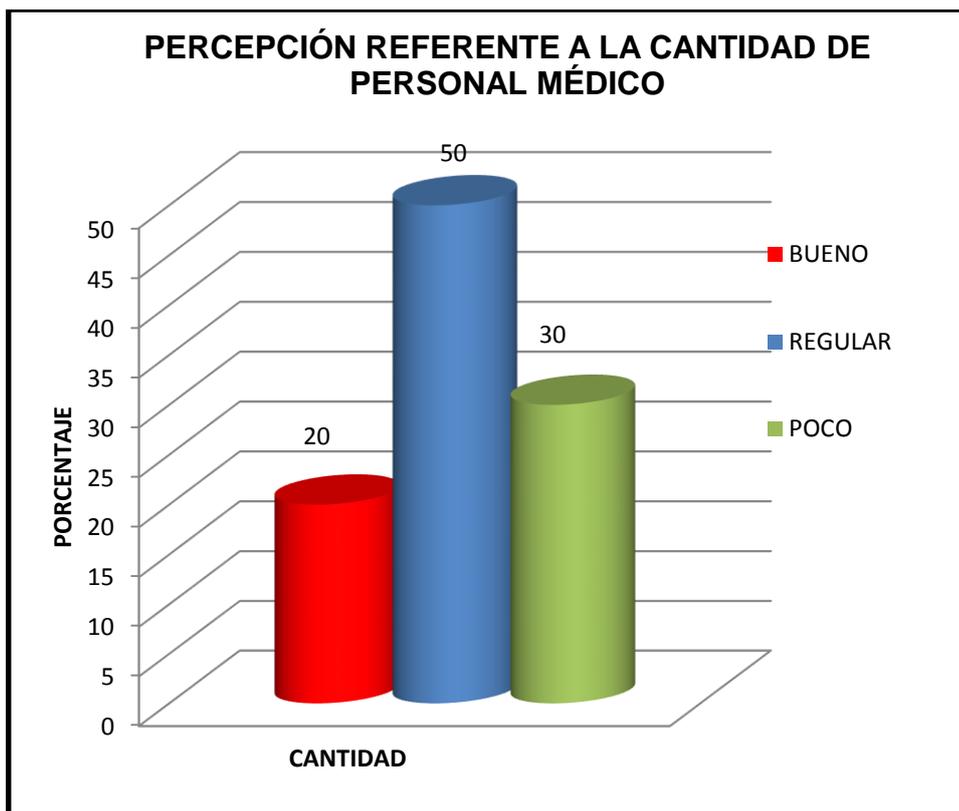
### **Relación médico-usuario**

Se les consulto referente a si es adecuado la cantidad de profesionales médicos que les atienden, habiendo obtenido el siguiente cuadro.

**CUADRO N° 9  
PERCEPCIÓN REFERENTE A LA CANTIDAD DE PERSONAL MÉDICO**

| <b>RESPUESTA</b> | <b>CANTIDAD</b> | <b>%</b>   |
|------------------|-----------------|------------|
| Bueno            | 54              | 20         |
| Regular          | 135             | 50         |
| Poco             | 81              | 30         |
| <b>TOTAL</b>     | <b>270</b>      | <b>100</b> |

Fuente: Elaborado en base a encuestas.



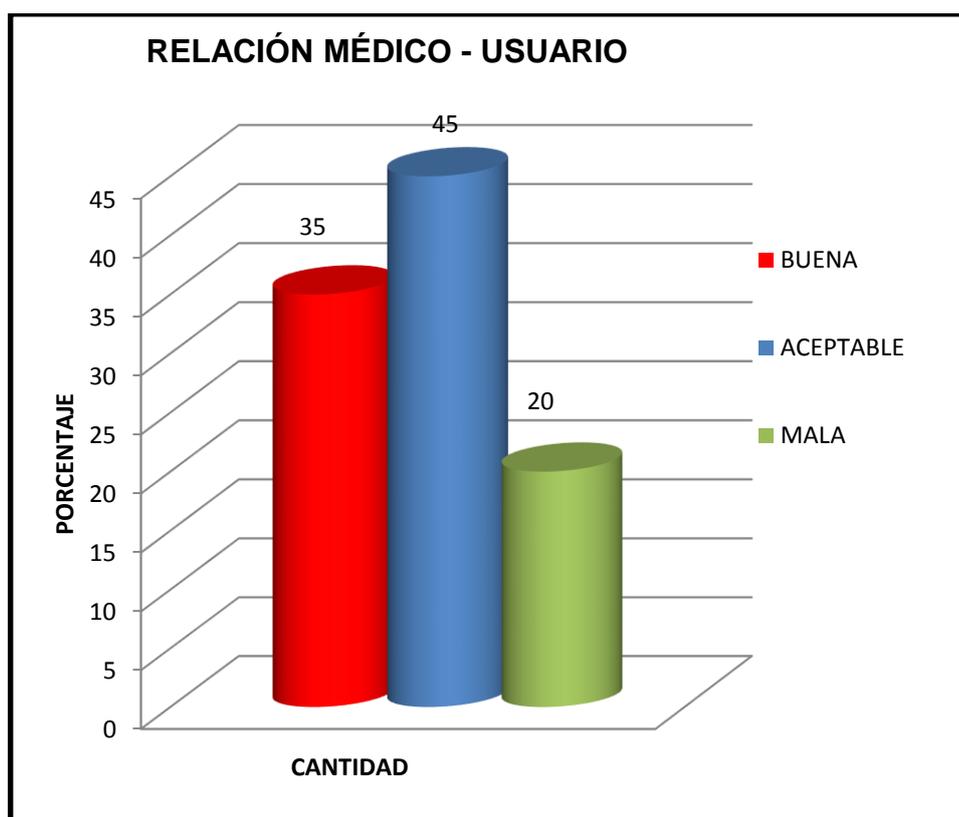
En relación a la cantidad del personal médico que actualmente viene atendiendo en los hospitales de la Región Callao, los encuestados reportan lo siguiente: el 20% considera que el número de médicos que atiende es bueno o suficiente, el 50% opina que es regular, que todavía se puede mejorar, mientras que el 30% considera que es poca la cantidad de médicos y que se debe incrementar para dar una mejor atención.

Se les consulto referente al trato que reciben de parte de los médicos en la atención diaria, construyéndose el siguiente cuadro.

**CUADRO N° 10  
RELACIÓN MÉDICO – USUARIO**

| RESPUESTA | CANTIDAD | %   |
|-----------|----------|-----|
| Buena     | 95       | 35  |
| Aceptable | 121      | 45  |
| Mala      | 54       | 20  |
| TOTAL     | 270      | 100 |

Fuente: Elaborado en base a encuestas.



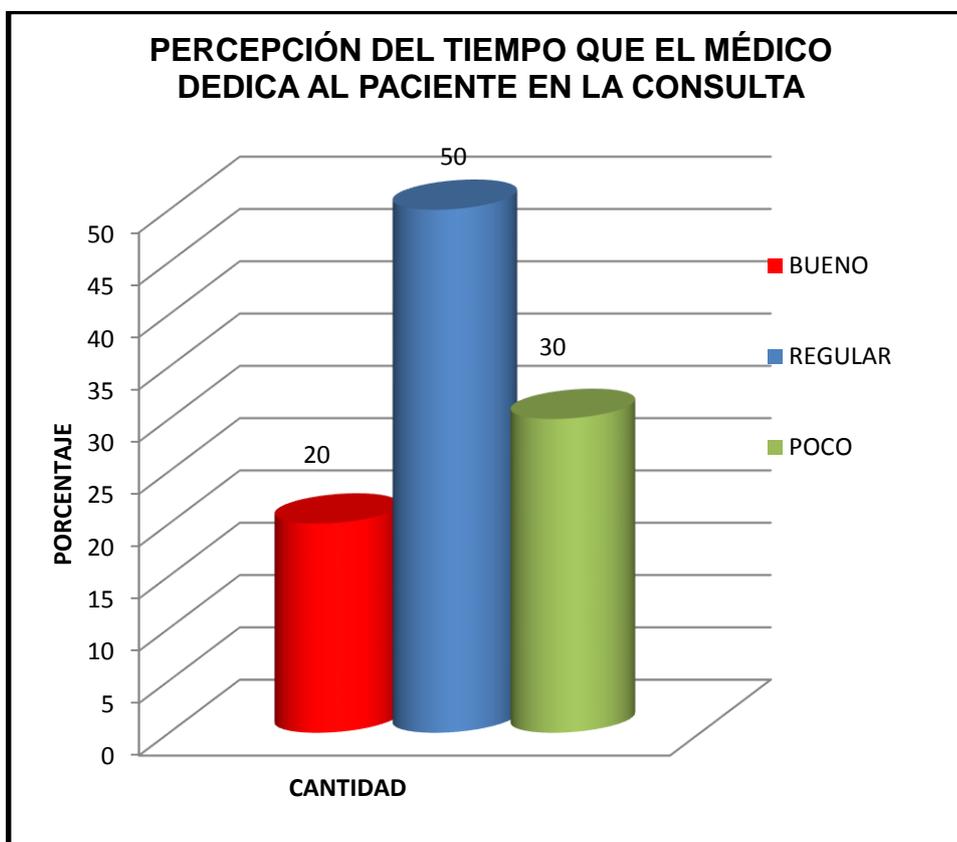
Frente a la relación médico – usuario el 35% considera que es buena, que el trato es amable y hay buena recepción de parte del médico, para el 45% es aceptable, es decir que hay una relación cordial y se puede dialogar con el médico, para el 20% considera que la relación es mala ya que no son atendidos como ellos quisieran, manifestando que “no les entienden”.

Luego se les consulto acerca del tiempo que el médico dedico en la consulta al paciente se obtuvo los siguiente resultados.

**CUADRO N° 11**  
**PERCEPCIÓN DEL TIEMPO QUE EL MEDICO DEDICA AL PACIENTE EN LA CONSULTA**

| RESPUESTA | CANTIDAD | %   |
|-----------|----------|-----|
| Bueno     | 54       | 20  |
| Regular   | 135      | 50  |
| Poco      | 81       | 30  |
| TOTAL     | 270      | 100 |

Fuente: Elaborado en base a encuestas.



Al evaluar que les pareció el tiempo que el médico dedico en la consulta al paciente el 20% manifestó que es bueno el tiempo que les han dedicado en la consulta, el 50% opina que es regular la cantidad de tiempo que les han dedicado, mientras que el 30% considera que es poco el tiempo y que deberían tener más tiempo para conversar mejor.

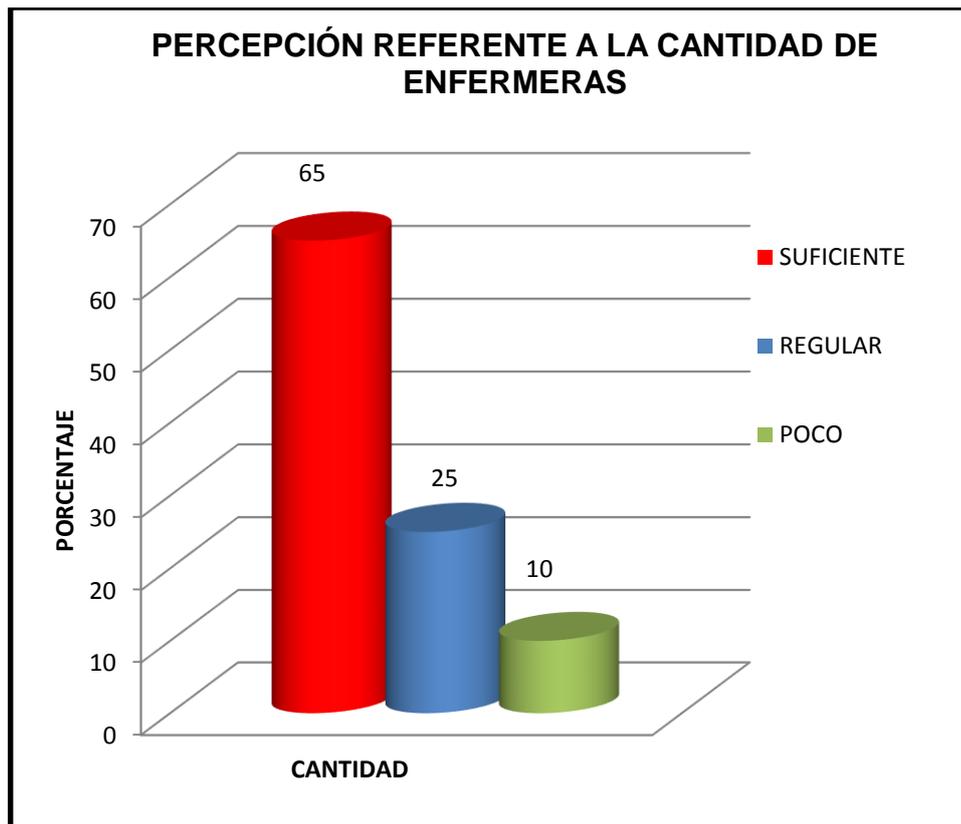
**Relación enfermera-usuario**

Se les consulto referente a si es adecuado la cantidad de enfermeras que prestan servicio en el hospital, habiendo obtenido el siguiente cuadro.

**CUADRO N° 12  
PERCEPCIÓN REFERENTE A LA CANTIDAD DE ENFERMERAS**

| <b>RESPUESTA</b> | <b>CANTIDAD</b> | <b>%</b>   |
|------------------|-----------------|------------|
| Suficiente       | 176             | 65         |
| Regular          | 67              | 25         |
| Poco             | 27              | 10         |
| <b>TOTAL</b>     | <b>270</b>      | <b>100</b> |

Fuente: Elaborado en base a encuestas.



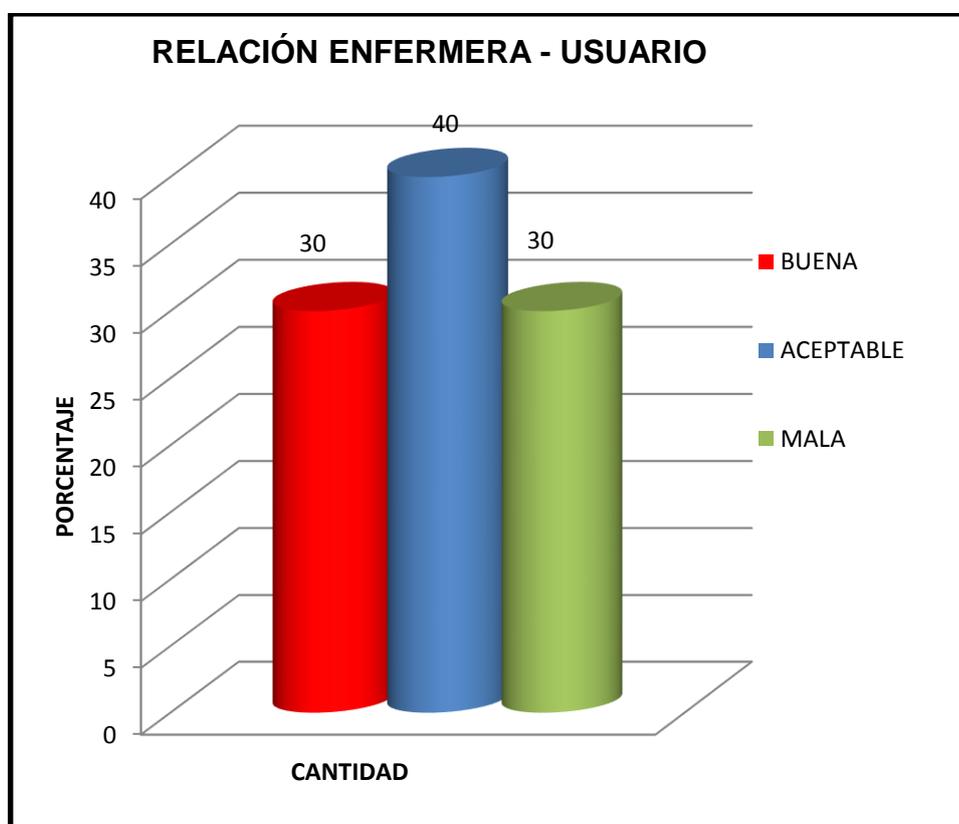
En relación a la cantidad del personal de enfermería que viene atendiendo en los hospitales de la Región Callao, los encuestados reportan lo siguiente: el 65% considera que el número de enfermedad que atiende es suficiente, se dan abasto en la atención, el 25% opina que es regular, que todavía se puede mejorar, mientras que el 10% considera que es poca la cantidad de enfermeras y que se debe incrementar para mejorar la atención.

Se les consulto referente al trato que reciben de parte de los enfermeros/as en la atención diaria, construyéndose el siguiente cuadro.

**CUADRO N° 13  
RELACIÓN ENFERMERA – USUARIO**

| RESPUESTA | CANTIDAD | %   |
|-----------|----------|-----|
| Buena     | 81       | 30  |
| Aceptable | 108      | 40  |
| Mala      | 81       | 30  |
| TOTAL     | 270      | 100 |

Fuente: Elaborado en base a encuestas.



Frente a la relación médico – usuario el 30% considera que es buena, que el trato es amable y hay prontitud en la atención, para el 40% es aceptable, es decir que hay una relación cordial y se puede consultar y preguntar a las enfermeras el 30% considera que la relación es mala ya que no son atendidos como ellos esperan, no hay buen trato de parte de las enfermeras y reciben maltratos.

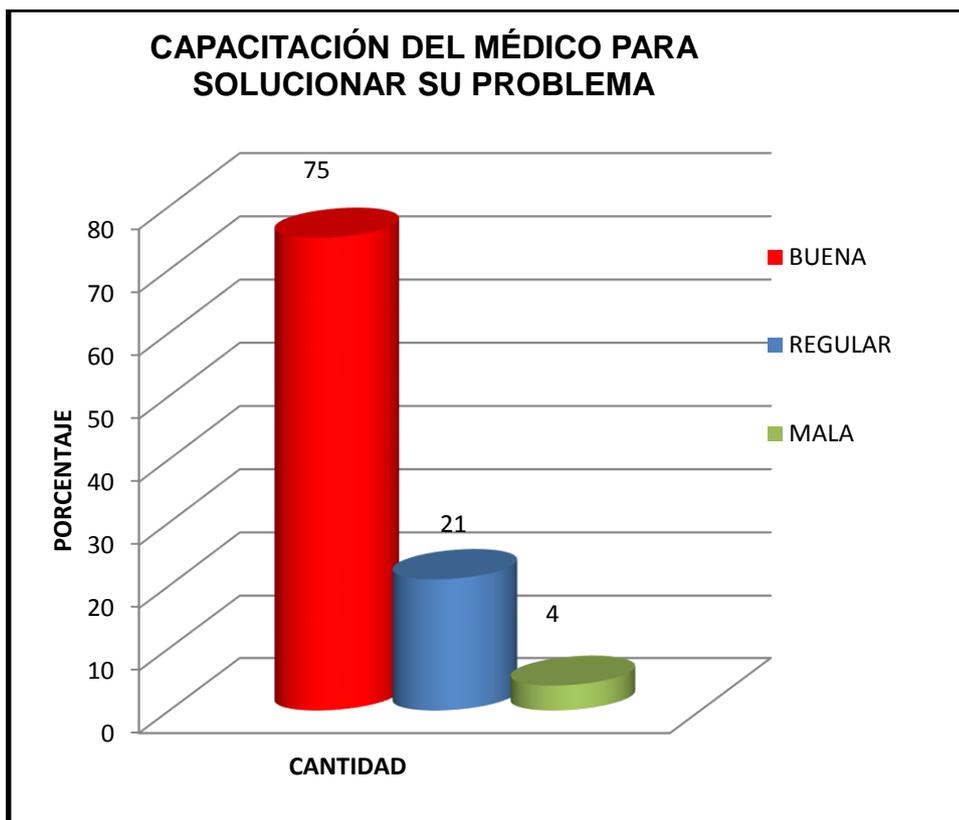
## Servicios hospitalarios

Con la finalidad de dar una valoración adecuada al proceso de la atención, no solamente en los consultorios, sino en los Programas, Emergencia, Hospitalización, Farmacia, Laboratorio, Servicio Social y Administración se analizó la calidad técnica y humana, habiendo obtenido las siguientes respuestas.

**CUADRO N° 14**  
**CAPACITACIÓN DEL MÉDICO PARA SOLUCIONAR SU PROBLEMA**

| <b>RESPUESTA</b> | <b>CANTIDAD</b> | <b>%</b>   |
|------------------|-----------------|------------|
| Buena            | 203             | 75         |
| Regular          | 57              | 21         |
| Mala             | 10              | 04         |
| <b>TOTAL</b>     | <b>270</b>      | <b>100</b> |

Fuente: Elaborado en base a encuestas.



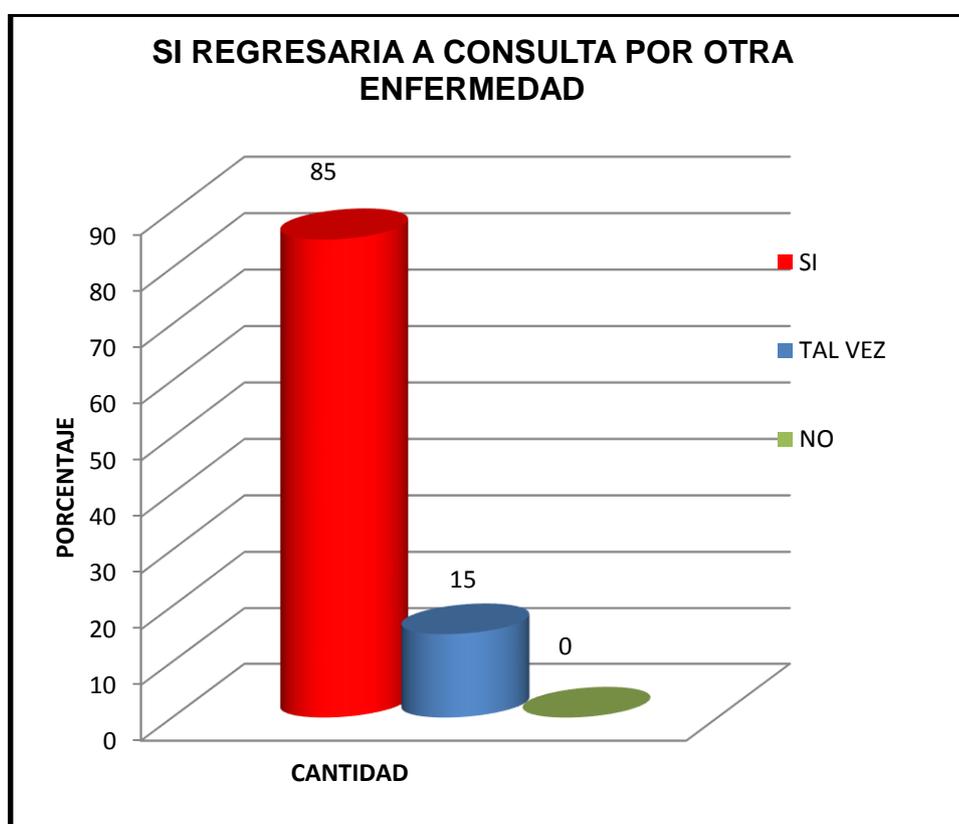
El 75% de los entrevistados considero que es bueno el nivel de capacitación de los médicos que ayudan a solucionar su problema, siendo también bueno el medicamento indicado por el médico. El 21% manifiesta que es regular y solo el 04% opina que es malo el nivel de capacitación.

Se les consulto si habría la posibilidad de que regresen a consultar por otra enfermedad obteniendo el siguiente resultado.

**CUADRO N° 15**  
**SI REGRESARIA A CONSULTA POR OTRA ENFERMEDAD**

| RESPUESTA | CANTIDAD | %   |
|-----------|----------|-----|
| Si        | 230      | 85  |
| Tal vez   | 40       | 15  |
| No        | 00       | 00  |
| TOTAL     | 270      | 100 |

Fuente: Elaborado en base a encuestas



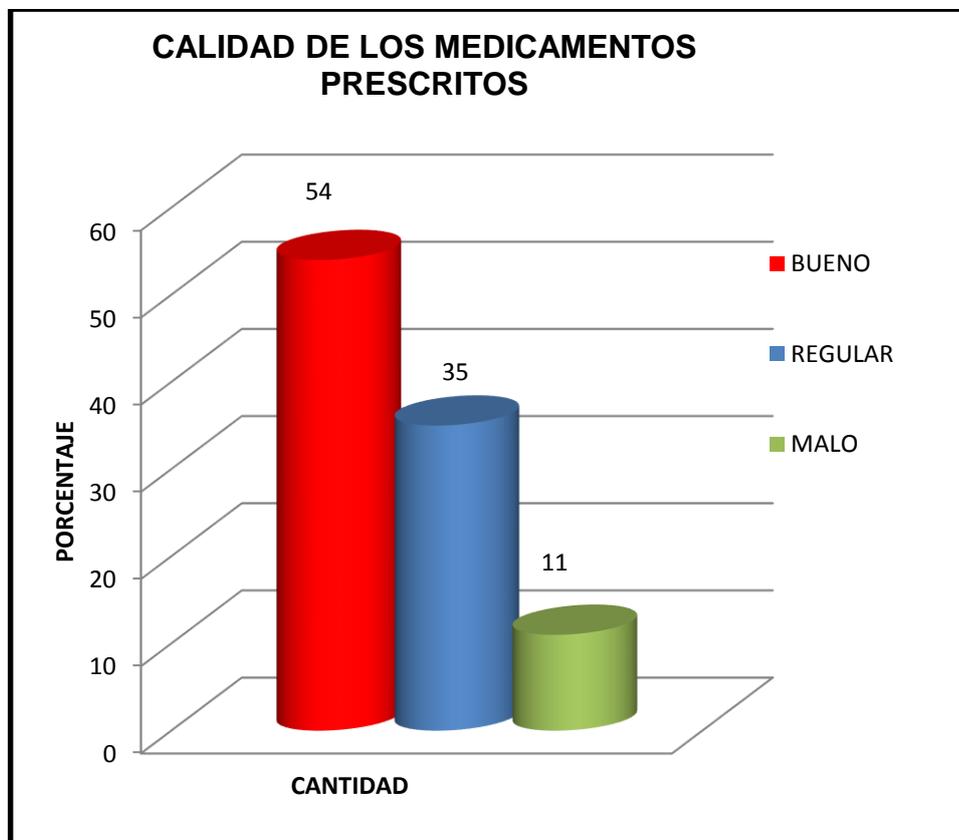
Frente a la consulta de que si regresaría a consultar por una nueva enfermedad a este mismo hospital el 85% manifiesta que si lo haría, y el 15% manifiesta que tal vez lo haría.

Otro punto interesante es el referido a si consideran que los medicamentos prescritos por el médico va a solucionar el problema de salud que lo aqueja, habiendo obtenido las siguientes respuestas.

**CUADRO N° 16**  
**CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

| RESPUESTA | CANTIDAD | %   |
|-----------|----------|-----|
| Bueno     | 146      | 54  |
| Regular   | 95       | 35  |
| Malo      | 29       | 11  |
| TOTAL     | 270      | 100 |

Fuente: Elaborado en base a encuestas



El 54% de los entrevistados considero que es bueno ya que los medicamentos prescritos por el médico le va a solucionar los problemas de salud. El 35% manifiesta que son regular la calidad de los medicamentos recetados y solo el 11% opina que son malo los medicamentos prescritos.

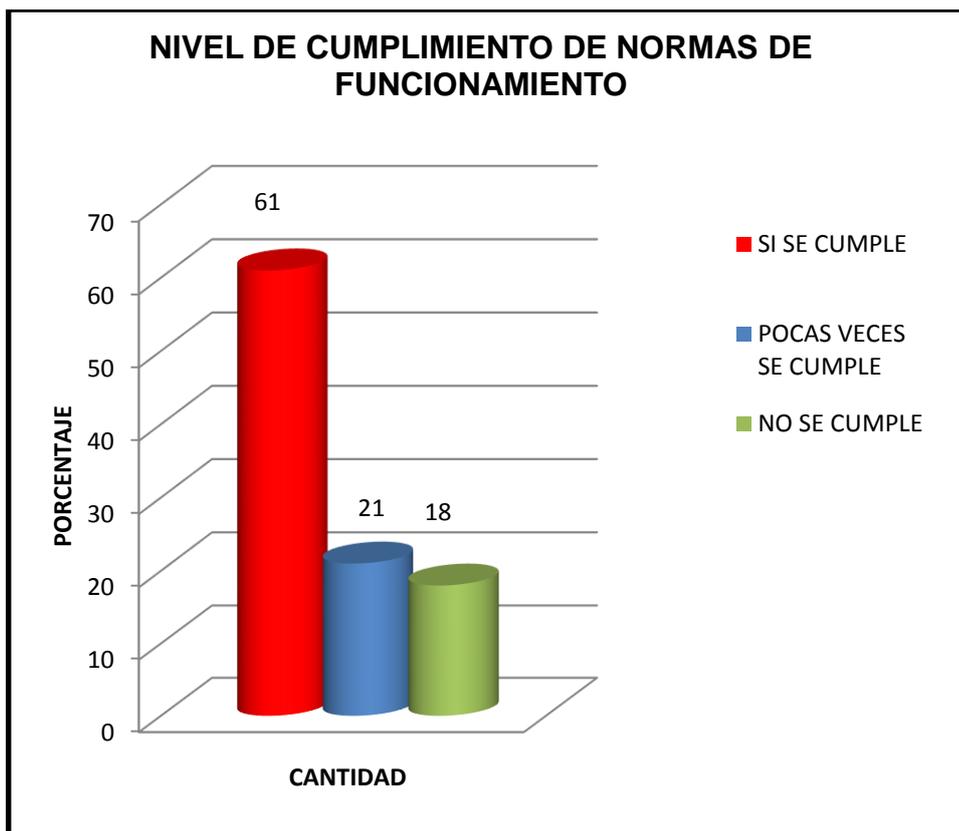
### **GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y EN SALUD**

En este punto se les consulto a los trabajadores de los hospitales de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y D. A, Carrión sobre el cumplimiento de las normas de funcionamiento del hospital en cuanto se refiere a los equipos, instalaciones, suministro de materiales, atención al cliente y limpieza.

**CUADRO N° 17**  
**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE FUNCIONAMIENTO**

| <b>RESPUESTA</b>      | <b>CANTIDAD</b> | <b>%</b>   |
|-----------------------|-----------------|------------|
| Si se cumple          | 49              | 61         |
| Pocas veces Se cumple | 17              | 21         |
| No se cumple          | 14              | 18         |
| <b>TOTAL</b>          | <b>80</b>       | <b>100</b> |

Fuente: Elaborado en base a encuestas



De las respuestas de los encuestados tenemos que el 61% dice que si se cumple con las normas de funcionamiento respecto a los equipos, instalaciones, suministro de materiales, atención al cliente y limpieza. El 21% manifiesta de pocas veces se cumple y el 18% opina que no se cumple con las normas de funcionamiento.

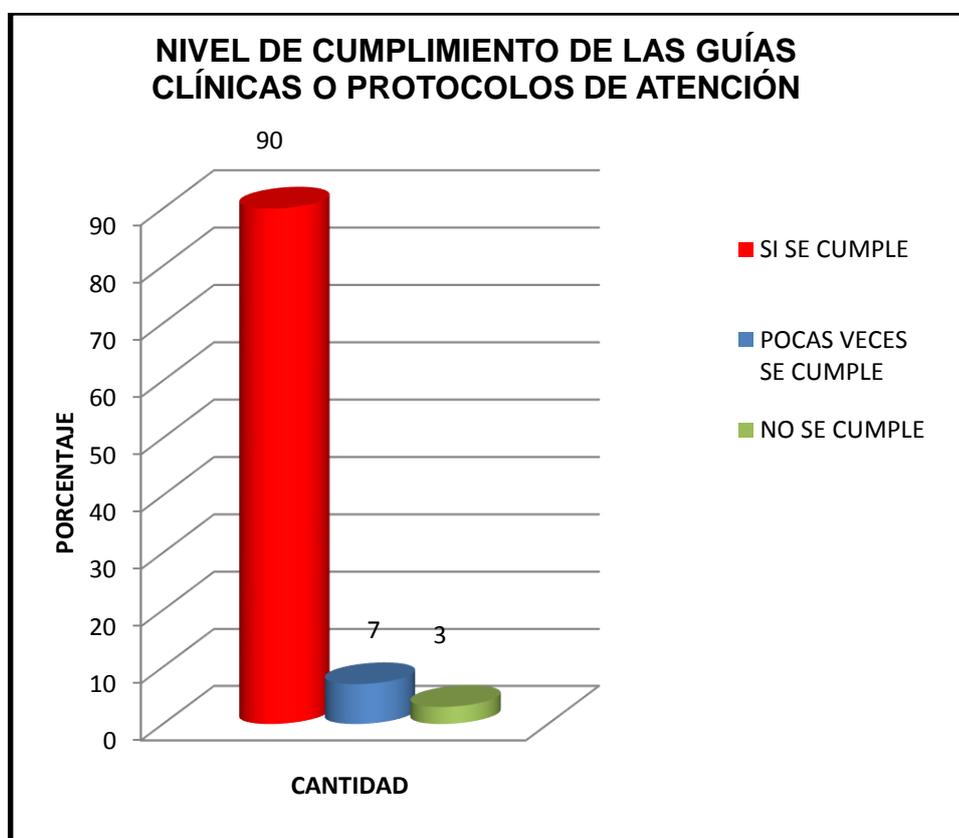
Asimismo se les consultó si se aplican las guías clínicas o protocolos en la atención a los pacientes, cuyos resultados figuran a continuación.

**CUADRO N° 18**

## NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE GUÍAS CLÍNICAS O PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

| RESPUESTA             | CANTIDAD  | %          |
|-----------------------|-----------|------------|
| Si se cumple          | 72        | 90         |
| Pocas veces se cumple | 06        | 07         |
| No se cumple          | 02        | 03         |
| <b>TOTAL</b>          | <b>80</b> | <b>100</b> |

Fuente: Elaborado en base a encuestas



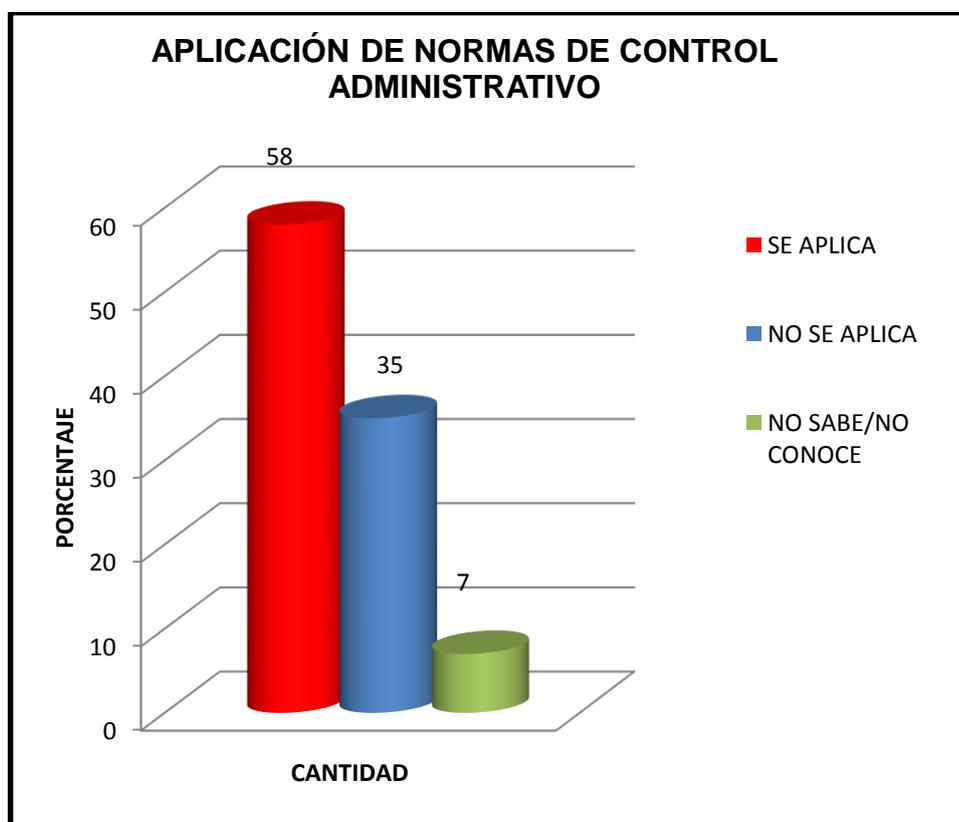
El personal consultado manifestó en un 90% que si se aplican las guías clínicas o protocolos de atención de los pacientes, un 7% es de la opinión que pocas veces se cumple con aplicar los protocolos y un 3% manifiesta que no se cumple.

A continuación se les consulto referente a la aplicación de normas de control sobre el funcionamiento y el cumplimiento de las funciones de los trabajadores de los hospitales de la Región Callao.

**CUADRO N° 19**  
**APLICACIÓN DE NORMAS DE CONTROL ADMINISTRATIVO**

| RESPUESTA         | CANTIDAD  | %          |
|-------------------|-----------|------------|
| Se aplica         | 46        | 58         |
| No se aplica      | 28        | 35         |
| No sabe/No conoce | 06        | 07         |
| <b>TOTAL</b>      | <b>80</b> | <b>100</b> |

Fuente: Elaborado en base a encuestas

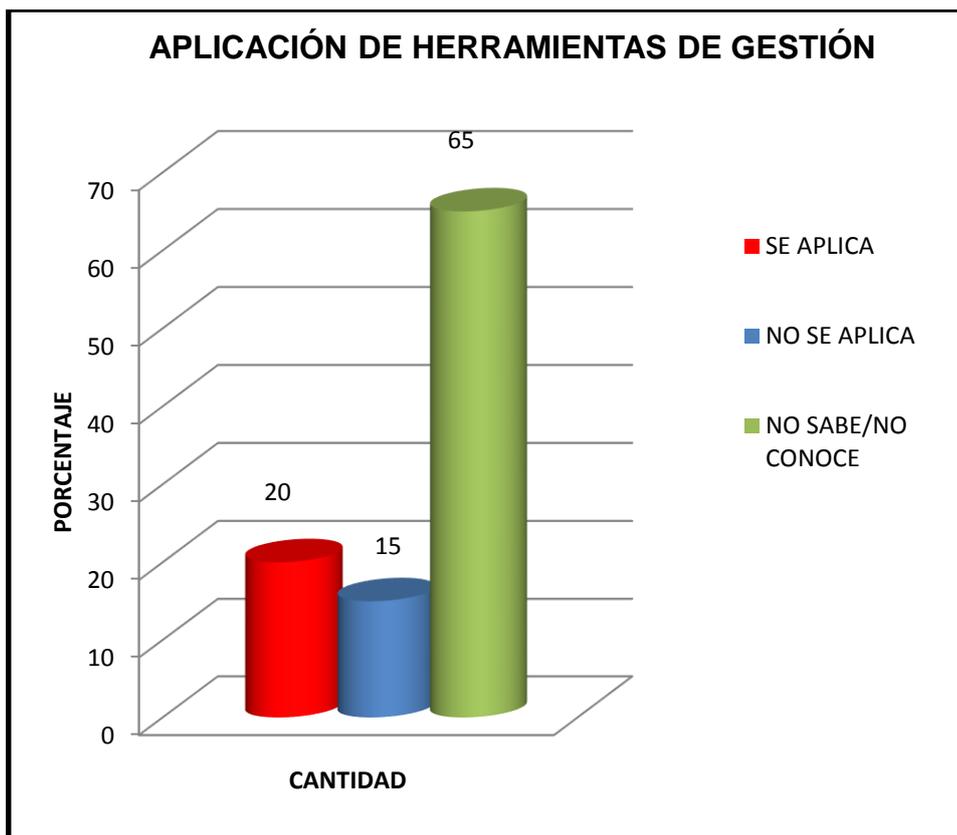


El 58% de los entrevistados manifiesta que si se aplican normas de control administrativo sobre el funcionamiento de las diferentes áreas hospitalarias y administrativas así como el cumplimiento de las funciones de los trabajadores, el 35% manifiesta que no se aplican, mientras que el 7% no sabe sobre el particular. Luego se les consulto acerca de su conocimiento de la aplicación de las herramientas de gestión.

**CUADRO N° 20**  
**APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS DE GESTIÓN**

| <b>RESPUESTA</b>  | <b>CANTIDAD</b> | <b>%</b>   |
|-------------------|-----------------|------------|
| Se aplica         | 16              | 20         |
| No se aplica      | 12              | 15         |
| No sabe/No conoce | 52              | 65         |
| <b>TOTAL</b>      | <b>80</b>       | <b>100</b> |

Fuente: Elaborado en base a encuestas



El 20% de los encuestados manifiesta que si se aplican las herramientas de gestión, se supone que quienes contestaron así es personal que labora en las áreas de administración y contabilidad, el 15% opina que no se aplican las herramientas de gestión y el 65% no sabe o desconoce lo que son las herramientas de gestión.

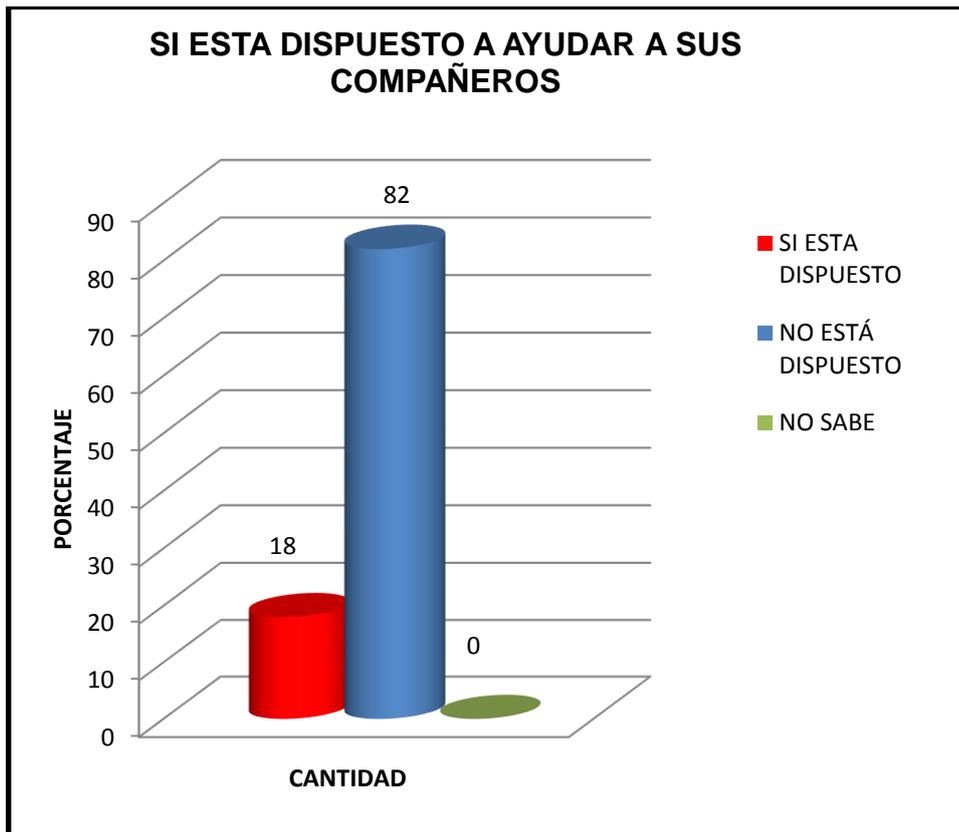
A continuación se les pregunto acerca de cómo se están dando las relaciones interpersonales, que es fundamental dentro de una organización si se quiere tener éxito en la gestión.

**CUADRO N° 21**  
**SI ESTA DISPUESTO A AYUDAR A SUS COMPAÑEROS**

| RESPUESTA         | CANTIDAD | %  |
|-------------------|----------|----|
| Si está dispuesto | 14       | 18 |

|                   |    |     |
|-------------------|----|-----|
| No está dispuesto | 66 | 82  |
| No sabe           | 00 | 00  |
| TOTAL             | 80 | 100 |

Fuente: Elaborado en base a encuestas.



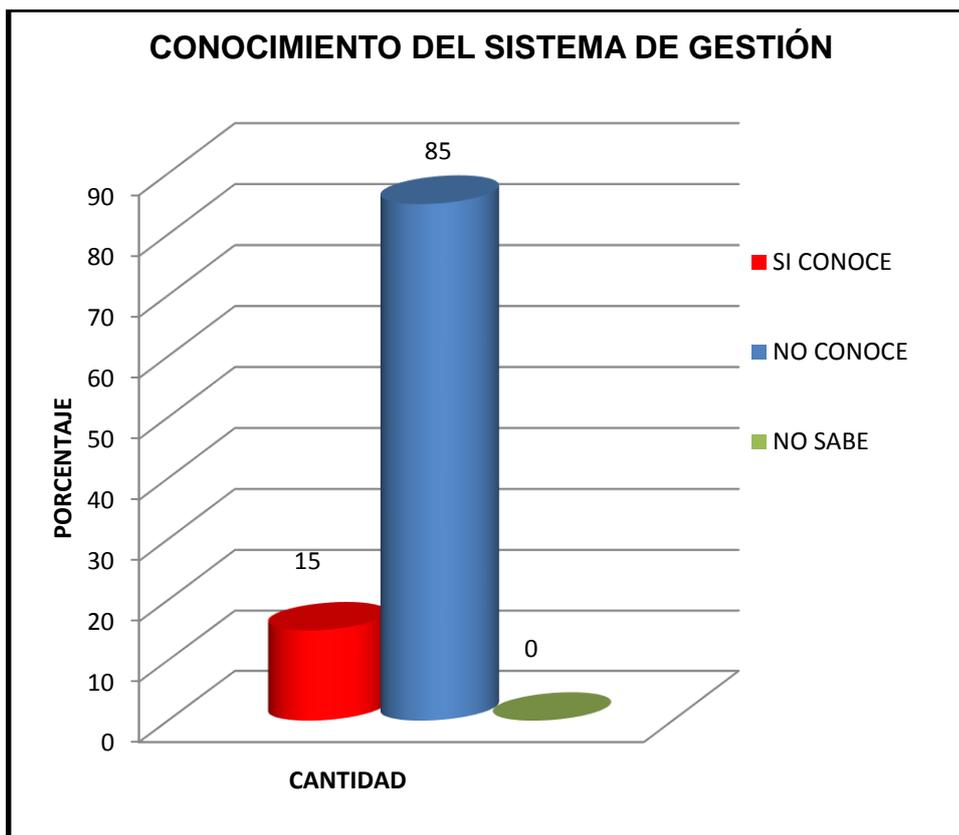
Se encontró que el 82% de los trabajadores no están dispuestos a ayudar a sus compañeros para complementar las tareas o para realizarlas mejor, se da en todos los niveles (médicos, enfermeras, trabajadores administrativos, trabajadores de limpieza, directivos). Sólo un 18% manifiesta que si está dispuesto a ayudar a sus compañeros.

Se les consulto sobre el nivel de conocimientos que tienen acerca del sistema de gestión de parte de los directivos del Hospital (Director, Gerentes, Jefes de Áreas y Servicios).

**CUADRO N° 22**  
**CONOCIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN**

| <b>RESPUESTA</b> | <b>CANTIDAD</b> | <b>%</b>   |
|------------------|-----------------|------------|
| Si conoce        | 12              | 15         |
| No conoce        | 68              | 85         |
| No sabe          | 00              | 00         |
| <b>TOTAL</b>     | <b>80</b>       | <b>100</b> |

Fuente: Elaborado en base a encuestas.



Del total de encuestados el 85% manifiesta que no conoce acerca del sistema de gestión que se viene aplicando en el Hospital, mientras que sólo un 15% manifiesta que si conoce el sistema de gestión.

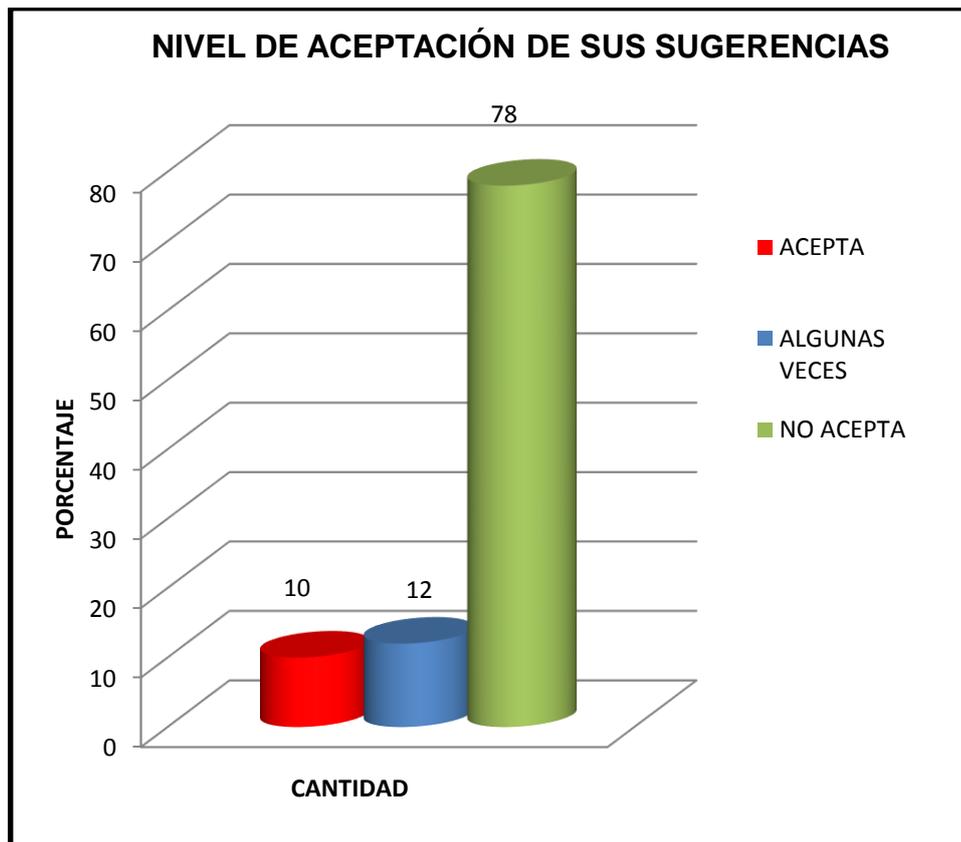
Sobre el nivel de aceptación de sus sugerencias ante su jefe inmediato se les consulto con la finalidad de ver la participación del personal en la gestión y su identificación con el centro de trabajo.

**CUADRO N° 23  
NIVEL DE ACEPTACIÓN DE SUS SUGERENCIAS**

| RESPUESTA     | CANTIDAD | %  |
|---------------|----------|----|
| Acepta        | 08       | 10 |
| Algunas veces | 10       | 12 |

|           |    |     |
|-----------|----|-----|
| No acepta | 62 | 78  |
| TOTAL     | 80 | 100 |

Fuente: Elaborado en base a encuestas.



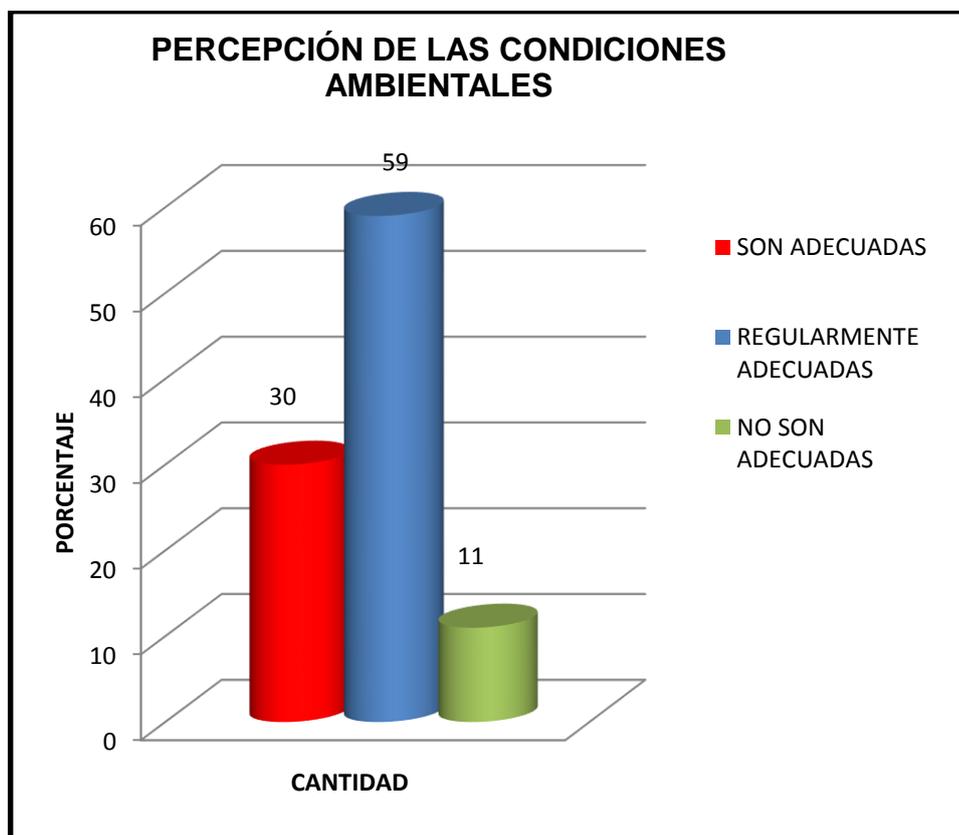
El 78% manifiesta que los jefes inmediatos son indiferentes a sus opiniones y sugerencias sobre mejoras en la marcha de su área, el 12% manifiesta que pocas veces les toman en consideración, y un 10% opina que si toman en consideración sus sugerencias.

Se les consulto sobre las condiciones ambientales de su trabajo, lo que va a permitir que puedan cumplir con sus funciones en armonía y lograr los objetivos propuestos y alcanzar las metas deseadas.

**CUADRO N° 24**  
**PERCEPCIÓN DE LAS CONDICIONES AMBIENTALES**

| RESPUESTA              | CANTIDAD | %   |
|------------------------|----------|-----|
| Son adecuadas          | 24       | 30  |
| Regularmente adecuadas | 47       | 59  |
| No son adecuadas       | 09       | 11  |
| TOTAL                  | 80       | 100 |

Fuente: Elaborado en base a encuestas.



En un 30% contestaron que las condiciones ambientales dentro de los hospitales son adecuadas que les permiten realizar sus trabajos con comodidad, para el 59%

estas condiciones son regularmente adecuadas pero que podrían ser mejoradas, y el 11% opina que las condiciones ambientales del centro laboral no son adecuadas.

#### 4.3. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

La prueba de la hipótesis se ha llevado a cabo teniendo en cuenta la prueba normal o Z de Gauss para una proporción al 95% de confianza estadística. El procesamiento de la data se realizó con los programas estadístico SPSS21 y Minitab18 y la hoja de cálculo Microsoft Excel 2012. Habiendo obtenido los siguientes resultados.

##### Comprobación estadística de hipótesis:

##### Hipótesis estadísticas:

Ho: Cuanto mejor sea la gestión administrativa, mayor será el nivel de insatisfacción del usuario por los servicios de atención en los establecimientos de salud de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión). (Ho:  $\pi = 0,5$ )

Ha: Cuanto mejor sea la gestión administrativa, menor será el nivel de insatisfacción del usuario por los servicios de atención en los establecimientos de salud de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión). (Ha:  $\pi > 0,5$ )

##### Decisión:

#### SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA DE LAS HIPÓTESIS

| Hipótesis | Categoría | % | Zc | Zt | P valor |
|-----------|-----------|---|----|----|---------|
|-----------|-----------|---|----|----|---------|

|   |    |      |       |       |       |
|---|----|------|-------|-------|-------|
| Gestión administrativa                                      | Si | 98,4 | 16,81 | 1,645 | 0,000 |
| Nivel de satisfacción del usuario por servicios de atención | Si | 98,4 | 17,03 | 1,645 | 0,000 |

El valor calculado de la Z de Gauss para una proporción es  $Z_c = 6,81$ , mayor que su valor teórico  $Z_t = 1,645$ , y el p valor reportado por el programa estadístico Minitab v\_15 es 0, menor que el nivel de significancia de 0,05, con lo cual se rechaza la hipótesis nula  $H_0$  y se acepta la hipótesis alternativa  $H_a$ .

### **Apreciación:**

Al aceptar la hipótesis alternativa  $H_a$ , se concluye que la aplicación de una gestión administrativa eficiente y de calidad posibilitará que sea menor el nivel de insatisfacción del usuario por los servicios de atención en los establecimientos de salud de la Región Callao. Por ello es muy importante que los hospitales contemplen un plan de calidad, que lo definiremos como un conjunto de principios, métodos y recursos organizados estratégicamente para movilizar a todo el hospital, a fin de satisfacer las necesidades de los usuarios al mínimo costo. La puesta en práctica del plan de calidad se desarrolla en una serie de etapas e implica la coordinación de numerosas actividades y personas:

Referente a la primera hipótesis específica también se ha realizado la prueba estadística arribando al siguiente resultado.

### **Hipótesis estadísticas:**

Ho: A mejores políticas de gestión pública, menor satisfacción de los usuarios por los servicios de atención en los establecimientos de salud de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión). (Ho:  $\pi = 0,5$ )

Ha: A mejores políticas de gestión pública, mayor satisfacción de los usuarios por los servicios de atención en los establecimientos de salud de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión). (Ha:  $\pi > 0,5$ )

**Decisión:**

**SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS HIPÓTESIS**

| Hipótesis   | Categoría | %    | Zc    | Zt    | P valor |
|---|-----------|------|-------|-------|---------|
| Política de gestión pública                                 | Si        | 98,4 | 13,35 | 1,645 | 0,000   |
| Nivel de satisfacción del usuario por servicios de atención | Si        | 98,9 | 13,49 | 1,645 | 0,000   |

El valor calculado de la Z de Gauss para una proporción es  $Z_c = 13,35$ , mayor que su valor teórico  $Z_t = 1,645$ , y el p valor reportado por el programa estadístico Minitab v\_15 es 0, menor que el nivel de significancia de 0,05, con lo cual se rechaza la hipótesis nula Ho y se acepta la hipótesis alternativa Ha.

**Apreciación:**

Al aceptar la hipótesis alternativa Ha, se induce que es necesario contar con una política de gestión pública acorde con los lineamientos modernos y actualizados que impliquen administrar el hospital como una empresa de servicios con ello se

lograr que la satisfacción de los usuarios sea mayor y contar con la participación de todos los trabajadores así como coordinar con las autoridades locales, regionales y nacionales que se encuentren ligadas al sector salud.

**Hipótesis estadísticas:**

Ho: A mayores estrategias específicas de gestión, mayor tiempo de recuperación de la confianza de los usuarios por los servicios de atención en los establecimientos de salud de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión). (Ho:  $\pi = 0,5$ )

Ha: A mayores estrategias específicas de gestión, menor tiempo de recuperación de la confianza de los usuarios por los servicios de atención en los establecimientos de salud de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión). (Ha:  $\pi > 0,5$ )

**Decisión:**

**SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE LAS HIPÓTESIS**

| Hipótesis                                       | Categoría | %    | Zc    | Zt    | P valor |
|---|-----------|------|-------|-------|---------|
| Estrategias específicas de gestión              | Si        | 98,4 | 13,35 | 1,645 | 0,000   |
| Confianza de usuarios por servicios de atención | Si        | 98,9 | 13,49 | 1,645 | 0,000   |

El valor calculado de la Z de Gauss para una proporción es  $Z_c = 13,49$ , mayor que su valor teórico  $Z_t = 1,645$ , y el p valor reportado por el programa estadístico Minitab v\_15 es 0, menor que el nivel de significancia de 0,05, con lo cual se rechaza la hipótesis nula  $H_0$  y se acepta la hipótesis alternativa  $H_a$ .

**Apreciación:**

Al aceptar la hipótesis alternativa  $H_a$ , se deduce que la utilización de estrategias específicas de gestión y una política de gestión clara va a posibilitar que en un tiempo corto se pueda recuperar la confianza de los usuarios que no se encuentren conformes con los servicios de atención de los establecimientos de salud de la Región Callao.

## CAPÍTULO V

### DISCUSIÓN

#### 5.1. DISCUSIÓN

En el análisis de los resultados se tomaron en cuenta las referencias a los diferentes estándares de calidad y las características de los usuarios principalmente solamente tienen estudios primarios y secundarios y viven en la Región Callao o zonas cercanas principalmente, lo que permite que asistan a estos hospitales por encontrarse en el área geográfica de influencia del hospital.

Tomando en cuenta que los Servicios hospitalarios son varios, convirtiéndose cada una en una estación en la historia del proceso asistencial urgente, que comienza en el medio extra hospitalario, con la provisión de cuidados por los profesionales de la medicina de urgencias pre hospitalaria, continúa en el Servicio de Urgencias hospitalario, y termina con el seguimiento por los profesionales de otros niveles asistenciales (hospitalización, Atención Primaria o Atención Especializada Ambulatoria). **(Mejía, ABRIL A JUNIO 2011).**

Los usuarios que consultan en los consultorios externos proceden en su mayoría del área de influencia del hospital y de la Región Callao, y dado los diferentes casos el 75% de los usuarios perciben que los médicos están capacitados para atender su problema de salud y el 54% considera bueno el medicamento brindado por ellos.

Al mismo tiempo el 61% manifiesta que si se cumple con las normas de funcionamiento y el 90% del personal refiere que la atención está basada en guías y protocolos de atención, lo que se complementa con la percepción de los usuarios,

en cuanto a la continuidad de la atención durante su estancia en el servicio, que el 75% refiere que fue buena la atención en el área de admisión, lo que se puede deducir que se cumple una de las dimensiones de la calidad, como lo es la Continuidad, definida como la medida en que la atención se provee de forma ininterrumpida y coordinada.

Por otro lado un 58% manifiesta que se aplican las normas de control administrativo sobre el funcionamiento de las diferentes áreas hospitalarias y administrativas así como el cumplimiento de las funciones de los trabajadores, sin embargo referente a la aplicación de las herramientas de gestión los resultados nos demuestran un desconocimientos del 65%. Asimismo no tienen conocimiento sobre el sistema de control que se viene aplicando en el hospital en el orden del 85%.

Otra de las dimensiones de la calidad son las Relaciones Interpersonales, la cual es una parte complementaria en la calidad de los servicios de salud ya que a través de ella se puede medir la calidad humana en los procesos de atención en el hospital; según los resultados obtenidos se encontró que el 82%, no está dispuesto a ayudar a sus compañeros para complementar las tareas y solamente el 18% está totalmente de acuerdo en apoyar a sus compañeros. Esto puede generar maltrato para el paciente, disminuir la eficacia del trabajo, desmotivación para realizar las diferentes tareas de atención, puede darse la pérdida de continuidad en los procesos y por ende no facilita la relación usuario-profesional lo cual no favorece que los servicios de salud sean de alta calidad.

Por otro lado el nivel de aceptación de las sugerencias el 78% manifiesta que los jefes inmediatos son indiferentes a sus opiniones y sugerencias sobre mejoras en la marcha de su área.

La satisfacción es otra dimensión de la calidad del usuario, la cual se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general de los pacientes. Dicha relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración. **(Lori DiPrete Brown, (s.f.))** Según los resultados del estudio, se reporta que el 85% de los usuarios, refieren que si regresarían a consultar nuevamente al hospital, lo cual indica el grado de confianza que depositan en el hospital.

Al evaluar los tiempos de esperas podemos mencionar que la lentitud del servicio en las áreas de atención se puede evidenciar que el mayor tiempo de espera es para recibir la atención médica y el complemento del tratamiento que según el 35% de los usuarios dice que fue excesivo. Pero es interesante visualizar que para un buen número de usuarios refiere que mejoró y/o se recuperó por la aplicación adecuada de los protocolos de atención. Según la literatura, en las instituciones hospitalarias, la aplicación de la mejora continua, se da por la seguridad, rapidez de la acción destinada al cuidado de la salud, la mejor utilización de los recursos disponibles, el mejor posicionamiento y prestigio como hospital, dando mejores resultados en la atención prestada a los usuarios, por lo que a pesar de las malas condiciones de la infraestructura del hospital, para la calidad de los servicios de salud han pesado los factores como son la rapidez, accesibilidad, la calidad técnica y humana del personal de los hospitales de la Región Callao. Según lo que se reportó al evaluar la eficacia de la atención a través del nivel de aceptación con el

servicio, el trato recibido manifestaron como buena la rapidez de la atención, y los tiempos de espera varias de acuerdo a las aéreas, las que le atiende más rápido son recepción y archivo y entrega de medicamento.

## **5.2. PROPUESTAS PARA MEJORAR UNA GESTIÓN DE CALIDAD PARA ELEVAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS**

Es necesario considerar los siguientes aspectos en un hospital los cuales van a contribuir a elevar el número de personas que acuden en busca de servicios de salud.

**Apariencia exterior.-** Es la carta de presentación de la empresa y no debe pasar por alto el impacto que puede tener en la opinión de las personas. No se trata de tener el edificio más moderno, o el local más lujoso o con mejores acabados, pero sí debe procurar que tenga una apariencia agradable.

**Limpieza.-** Cuando una persona ingresa por primera vez lo observa todo con detalle, por ejemplo no compraría en una farmacia con mostradores sucios, la limpieza del local no determina la calidad de sus productos, pero el usuario percibirá lo contrario.

Es necesario considerar los siguientes aspectos en un hospital los cuales van a contribuir a elevar el número de personas que acuden en busca de servicios de salud.

Consideramos por lo tanto que la formación y motivación de los empleados y su orientación hacia un servicio excelente son fundamentales para mejorar los servicios.

## **Plan de calidad**

Es muy importante que las empresas contemplen un plan de calidad, que lo definiremos como un conjunto de principios, métodos y recursos organizados estratégicamente para movilizar a todo el hospital, a fin de satisfacer las necesidades de los usuarios al mínimo costo.

La puesta en práctica del plan de calidad se desarrolla en una serie de etapas e implica la coordinación de numerosas actividades y personas:

**1.- Diagnóstico del problema.** Partimos del análisis de las tareas críticas y de los elementos generadores de errores.

**2.- Participación del personal.** Las aportaciones de los colaboradores son importantes. Desde la necesaria implicación de la dirección a la participación de todos los niveles jerárquicos.

**3.- Fijación de Objetivos.** Es preciso definir claramente, de forma precisa y numérica los objetivos. Por ejemplo el tiempo máximo para atender a los usuarios del hospital.

**4.- Control y evaluación.** Establecer un sistema de medición para comprobar regularmente el cumplimiento de los objetivos.

Es por tanto, preciso medir regularmente la calidad del servicio, para comprobar el cumplimiento del plan y en su caso tomar medidas correctoras.

El proceso de medición de la calidad del servicio suele incorporar varios elementos:

- Establecer las principales dimensiones del servicio.
- Medir las expectativas
- Medir las percepciones de las personas que acuden al hospital

- Evaluar la importancia que los encuestados asignan a cada atributo.
- Analizar la percepción de los usuarios respecto a empresas competidoras.

Se trata por tanto, de establecer una lista de los principales atributos que los usuarios relacionan con la calidad del servicio y realizar una medición regular. Por ejemplo El aspecto del hospital, la limpieza, el producto, el servicio atento, la ausencia de errores en el proceso de servicio. Regularmente se deberían realizar encuestas a los usuarios para comprobar el cumplimiento de los parámetros de calidad.

### **Plan de Calidad en los Procesos**

La puesta en práctica de un plan de calidad, puede exigir el rediseño de los procedimientos de trabajo y de los puestos de trabajo y en nuestro caso también se podría aplicar al hospital.

Para la puesta en práctica de este rediseño de los procesos es preciso:

- Analizar los procesos que desarrolla la empresa
- Ciertos procesos que se desarrollan de forma rutinaria o manual en muchas empresas no aportan valor al usuario y pueden ser eliminados.
- Analizar las diferentes tareas que componen los procedimientos.
- Eliminar tareas. Ciertas tareas pueden ser eliminadas mediante una reorganización de los métodos de trabajo.
- Rediseñar tareas. Algunas tareas críticas deben ser rediseñadas para mejorar la calidad, la atención a los usuarios y la rapidez en la respuesta.
- Establecer procedimientos. Fijar normas y procedimientos.

El establecimiento de un sistema de calidad no debería quedarse en el establecimiento y análisis de unos cuantos procedimientos o normas sino que se base en un proceso continuo de control de calidad.

1. Investigación de usuarios finales para conocer cuáles son sus expectativas de calidad de cada producto o servicio.
2. Comunicar a los empleados las acciones para alcanzar el nivel de calidad
3. Y comunicar los resultados que se van obteniendo.
4. Creación de incentivos y reconocimientos para motivar a los trabajadores. Fomentar la orientación al usuario no sólo como filosofía sino estableciendo incentivos y reconocimientos.
5. Control periódico de las desviaciones. Medición continuada de los resultados obtenidos y comparación con los objetivos establecidos en el plan.
6. Compromiso de la dirección para solucionar los problemas. Es imprescindible el compromiso de la dirección con el sistema de calidad. El compromiso exige alinear los incentivos, formación, evaluación de los empleados con la satisfacción del usuario.

## **CONCLUSIONES**

1. Los Hospitales de la Región Callao (Hospitales San José, Ventanilla y Daniel Alcides Carrión) no cuentan con la capacidad instalada para la categoría y nivel de atención, pero sus servicios son accesible a la población urbana y urbano-marginal por su ubicación geográfica y estratégica.
2. En la calidad técnica existe un cumplimiento de los protocolos y guías de manejo, lo que genera confianza en los usuarios de los servicios de la unidad de emergencia del hospital.
3. La dimensión de la continuidad de los servicios brindados, se ha visto afectada por las malas relaciones interpersonales de los trabajadores lo que se dificulta el trabajo en equipo y se refleja en la percepción de mala calidad que manifiestan los usuarios.
4. Los usuarios internos y externos expresan que la infraestructura es mala, tiene poca iluminación y las condiciones higiénicas, interfieren en la comodidad de los Hospitales, afectando la calidad de atención.
5. Las condiciones físicas de los hospitales, los servicios brindados no son rápidos por la gran afluencia y los servicios médicos y de profesionales de salud limitados, no se resuelven los problemas de salud según lo expresado de los usuarios, generando desconfianza en el hospital.

6. La tardansa del lapso donde los pacientes, es muy alto que cuando el doctor los atienda, y demora en el proceso asistencial.
7. La gestión administrativa no es la más óptima, por lo que se requiere mejorarlo e implementarlo con los últimos conocimientos sobre administración de calidad.
8. La satisfacción de los usuarios es deficiente, para lo cual se debe mejorar la política de gestión pública y las estrategias de gestión.

### **RECOMENDACIONES**

1. Implementar políticas de gestión tendientes a mejorar la calidad de los servicios así como incorporar los lineamientos de la administración pública.
2. Se debe mejorar la política de gestión pública y las estrategias de gestión, con la finalidad de mejorar el grado de satisfacción del usuario.
3. Que se valore las necesidades de recurso, equipamiento y mejora de la infraestructura de los hospitales de la Región Callao, para favorecer y mejorar la atención a la población adscrita al hospital.
4. Que se desarrolle un Plan de mejora de la calidad de atención en los hospitales de la Región Callao, centrado en la mejora de las relaciones interpersonales, capacitación al personal de salud, para el análisis y propuestas de mejora de los procesos de atención. Así como el establecimiento de un Plan funcional y de readecuación del área de emergencia.
5. Que realice un análisis para aumentar la asignación de personal de salud a los hospitales de la Región Callao, para mejorar los servicios brindados.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA**

*Arce Olivos , M. A. (2007). TESIS: PROPUESTA DE UN MODELO PARA EVALUAR LA CALIDAD DE ATENCION DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL BASICO DEL CANTON SUCUA, PROVINCIA DE MORONA SANTIAGO. Ecuador: Proyecto de Titulacion.*

- Beltrán, J. (2000). *Indicadores de Gestión Herramientas para Lograr la Competitividad*". 2da. Edición. Editores Colombia., pp.35-36.
- Blanchard, K., & Miller, M. (2008). *El Secreto, Lo que los grandes líderes saben y hacen.* . Colombia: Editorial Norma.
- Blandon, G. (2006). *Gestión de la Calidad Total*". Universidad de Cuenca, Ecuador: material del módulo Administración de la calidad.
- Beltran, F. (1999). "Definicion de Modelo de Gestion:que es significado y concepto. Obtenido de <http://google.co.ve/searan/definicion+de+modelo+de+gestio.pdf>
- Ben-Sira, Z. (2000). *Affective and instrumental components in the physician-patient relationship.* J Health Sociology Behavior.
- Carod , M., & Corea S. , M. (2002). .*Diccionario Enciclopédico Gran Plaza ; James II;* Editores Argentina S. A.
- CÓRDOVA CHINGA , C. ( Agosto de 2008 ). *PROYECTO PROFESIONAL* . Obtenido de <http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/273353/6/CCordova.pdf>:
- Cafferata , G., & Roghmann, K. (2008). *Satisfacción de los pacientes y el uso de los servicios de salud: exploraciones al azar.* . USA: Eastern Sociological Meetings.
- Carmel , S. (2005). *Satisfaction with hospitalization: A comparative analysis of three types of services.* . Social Sciences Medicine.
- Concejo, C. (1997). *Evaluar la calidad asistencia en los servicios de urgencias.* . Colombia.: Emergencias Vol. 9. .
- Cooke, M., & Ronalds, C. (2005). *Women doctors in urban general practice.: the doctors.* BMJ.

- Crosby, P. (2003). *Gestión, Calidad y Competitividad*. México.: McGraw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Crosby, P. (2003). *Gestión, Calidad y Competitividad*. . México: McGraw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Diccionario de la Real Academia Española* . ( 1990). Madrid.: Ed. Espasa.
- De los Ríos Castillo, J., & Sánchez Sosa, J. (2002). *Well-being and medical recovery in the critical care unit: The role of the nurse-patient interaction*. *Salud Mental*.
- De los Ríos J, L., & Ávila T, L. (2004). *Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente*. . *Investigación Educativa en Enfermería*.
- Díaz González, E., & Concheiro Guisan, C. (2010). *Evaluación de la calidad de los servicios de urgencias según dimensiones de calidad*. . Municipio Ciego de Ávila. : El Salvador.
- DiMatteo , M., & Hays, R. (2000). *The significance of patient's of physician conduct: a study of patient satisfaction in a family practice center*. *J Community Health*.
- Donavedian , A. (1966). *Evaluating the quality of medical care*. 1966; 44(4). *Milbank Memorial Fund Quart*.
- Dutan E, H. (1994). *La Práctica Médica y la Historia Clínica*,. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* Vol. 20 No. 2.
- Dutan Erraez, H. (1997). *Gerentes, Líderes y Administradores y los nuevos desafíos de la gestión académica*. *Cabeza de Gallo*,. *Revista de la Asociación de Profesores de la Universidad de Cuenca*, No. 6., 25.
- Hellriegel, D., Jackson, S., & Slocum, J. (2002). *Administración, Un Enfoque Basado en Competencias*. Novena edición. Thomson Editores, S.A. de C.V.

- Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC,, & Thompson SJ. (2000). *Scale for the measurement of attitudes toward physicians and primary medical care. . Med Care.*
- Ignacio García, E. (2007). *tesis:Validación de un modelo para medir la calidad asistencia en los hospitales. (http://minerva.uca.es/publicaciones/asp/docs/tesis/ignaciogarcia.pdf, Ed.) España.: Universidad de Cádiz.*
- ISIDRO, M. D. (2009).  
[http://www.msi.gob.pe/portal/images/stories/2009/web\\_ambiental/docs/PIGARS.pdf](http://www.msi.gob.pe/portal/images/stories/2009/web_ambiental/docs/PIGARS.pdf).  
 Obtenido de *PLAN INTEGRAL DE GESTION AMBIENTAL DE RESIDUOS SÓLIDOS DE SAN ISIDRO:*  
[http://www.msi.gob.pe/portal/images/stories/2009/web\\_ambiental/docs/PIGARS.pdf](http://www.msi.gob.pe/portal/images/stories/2009/web_ambiental/docs/PIGARS.pdf)
- Jurán, J. (2001). *Juran y la planificación para la calidad. . Colombia: Ediciones Díaz de Santos.*
- Koontz, H., & Heinz Weihrich. . (2004). *México-Administración, Una Perspectiva Global. Duodécima edición.: McGraw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.*
- Koontz, H., & O'Donnell, C. (2003). *México Curso de Administración Moderna-Un Análisis de Sistemas y Contingencias de las Funciones Administrativas.: Litográfica Ingramex SA.*
- Koss , E. (2004). *The health of regionville. New York: Haffner.*
- Larsen , D., & Rootman , I. (2006). *Physician role performance and patient. Sociol Sciences Medicine.*
- Linder-Pelz , S. (2002). *Social psychological determinants of patient satisfaction. Social Sciences Medicine.*
- Lori DiPrete Brown, L. ((s.f.)). *Garantía de calidad de la atencion de salud en los paises en desarrollo. . USA: USAID.*

- Malagón, L. (2000). Administración Hospitalaria. . Colombia: Panamericana.*
- Mejia Gutierrez, Y., & Amaya Castillo , R. (2011). EVALUACION DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL NUEVA GUADALUPE EN EL PERÍODO DE ABRIL A JUNIO 2011.*
- Mejia, Y. R. (ABRIL A JUNIO 2011). Evaluacion De Calidad De Atención En El Servicio De Emergencia Del Hospital Nacional Nueva Guadalupe .*
- Merkel , W. (2004). Physician perception of patient’s satisfaction. Do doctors and nurses know which patients are satisfied? Med Care.*
- MINSA . (2009). Buen trato y calidad de atención, Sistema Público de Orientación y Consejería en Salud.*
- MINSA. (2011). Manual de Información. Atención al usuario en Establecimientos de Salud.*
- Pascoe , G. (2003). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. . Evaluation Program Plan Special Issue.*
- Pendleton, D., & Hasler , J. (2004). Journal Doctor-patient communication. London: Academic Press.*
- Porras Guzmán, J. (2009). Propuesta de un sistema de gestión de mantenimiento para los hospitales de la Caja costarricense del Seguro Social. . Costa Rica: Instituto Centroamericano de Administración Pública.*
- Robbins , S., & Coulter, M. (2005). Administration. Octava edición. . México.: Pearson Educación.*
- Roghmann , K., Hengst , A., & Zastowny, T. (2009). Satisfaction with medical care. Med Care.*

- Rost K. . (2009). *The influence of patient participation on satisfaction and compliance. Diabetes Educ.*
- Saboya Chacón, I. (2005). *Gestión de servicios hospitalarios públicos: Estudio comparativo entre hospitales de la región noroeste de Brasil y Cataluña. . España: Universidad de Barcelona.*
- Salazar Luna, G. (2006). *Calidad de servicio percibida por pacientes atendidos en dos clínicas dentales privadas de Lima metropolitana. Lima.: Universidad Peruana Cayetano Heredia.*
- Sánchez Mercado, Á. (2011). *Análisis y diseño de un sistema informatizado para la dinamización de los procesos y procedimientos practicados en la atención médico hospitalaria de los pacientes de oncología de un hospital público. . Caso de estudio. PUCP.*
- Sanz Casado, E. (2003). *La realización de estudios de usuarios. una necesidad urgente., Madrid. AENOR.*
- Serna Gómez, H. (2006). *Conceptos básicos. En Servicio al cliente (pp.19-27). . Colombia: Panamericana editorial Ltda.*
- Stoner, F. (2000). *Administración. México.: Compañía Editorial Continental SA. de CV.*
- Temes Montes, J. (2002). *Gestión Hospitalaria III Edición. . Editorial Mac Gram Hill Interamericana.*
- Terry, G. (1990). *Principios de Administración. México. México: Compañía Editorial Continental SA.*
- VASQUEZ CACERES, B., & GARCIA JOVEL, S. (2011). *Tesis: EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL*

*DEL ISSS DE ABRIL A JUNIO DEL 2011. SAN SALVADOR: UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.*

*Vilcahuamán, L., & Rossana Rivas . (2006). Ingeniería clínica y gestión de tecnología en salud: . Lima: Avances y propuestas. PUCP – OPS.*

*Ware J, & Hays R. . (2008). Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. . Med Care.*

*Weiss, G. (2008). Patient satisfaction with primary medical care. . Med Care.*

*Wolf MH, Putnam SM, James SA, & Stiles WB. (2008). The medical interview satisfaction scale. . J Behavior Medicine.*

*Zastowny , T., Roghmann, K., & Hengst, A. (2003). Satisfaction with medical care. Med Care.*

*(s.f.). Obtenido de*

*<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/708/1/06%20ENF%20439%20GUIA.pdf>*

*(s.f.). Obtenido de*

*<https://secure.urkund.com/view/externalSource/redirect/aHR0cDovL3d3dy5yZXZpc3RhbWVkaWNvY2llbnRpZmljYS5vcmcvdXBsb2Fkcy9qb3VybmFscy8xL2FydGljbGVzLzI1My9zdWJtaXNzaW9uL3Jldmlldy8yNTMtODYzLTIiUlYyZG9j0>*