

**ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS PARA
GRADUADOS ESAN**

**PROCESO ADMINISTRATIVO DE ATENCIÓN MÉDICA EN
CONSULTA EXTERNA Y SU INCIDENCIA EN LA CALIDAD DEL
SERVICIO EN EL HOSPITAL NACIONAL “LUIS N. SÁENZ”**

**Tesis presentada en satisfacción parcial de los
Requerimientos para obtener el grado de Magister en Gestión Pública
por:**

Lorenzo Santiago Alocén Dávila
Alexis Rafael Bahamon de Chumpitaz
Carlos Edwin Chong Campana
Roger Pérez Figueroa
Arturo Prado Blas

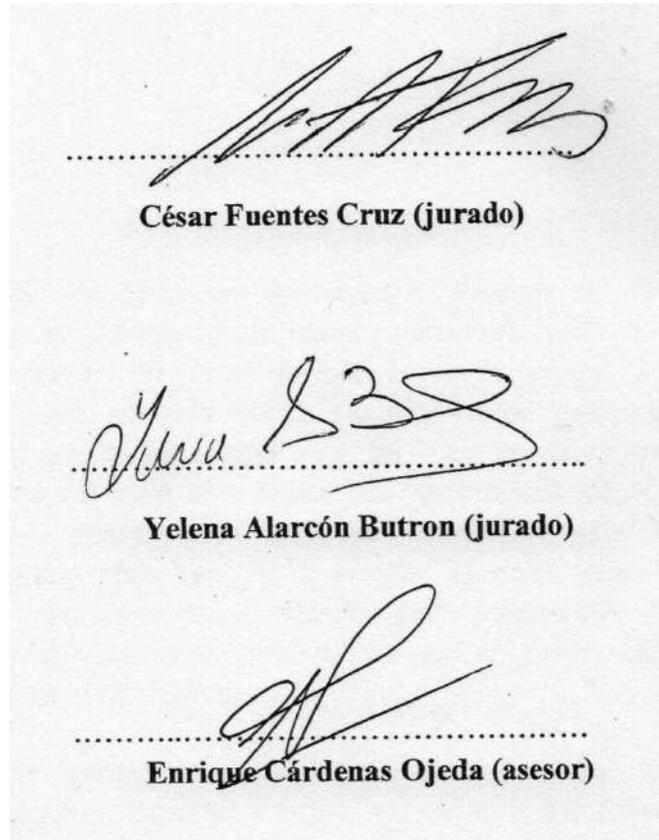
Programa de Maestría en Gestión Pública

Lima, 29 de mayo del 2014

Esta tesis

Proceso administrativo de atención médica en consulta externa y su incidencia en la calidad del servicio en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”.

Ha sido aprobada.



Universidad ESAN

2014

A los integrantes de las diferentes maestrías de la Escuela de Post Grado de Policía, quienes en un futuro próximo deben Comandar con excelencia esa noble Institución.

En la vida de cada ser humano el devenir de su existencia lo compromete constantemente con un mañana mejor, el cual puede lograrlo si se lo propone, pero en esta lucha no está sólo, siempre como todo ser interactuante y social lo acompañan en su esfuerzo los que se encuentran más cerca de él, alentándolo constante e incondicionalmente, aún a costa de su propio sacrificio, porque sienten como suyo la inquebrantable lucha por superarse y alcanzar objetivos que redundará en el futuro al consolidarse estos logros.

Como no entonces agradecer profundamente a nuestros padres, esposas e hijos, así como a nuestros catedráticos y asesores que con su motivación y orientación oportuna hicieron posible que se materialice el presente trabajo.

Así también, queremos expresar nuestro más sentido respeto a la memoria de nuestros seres queridos y gratitud a Dios, nuestro guía espiritual, a quien en todo momento nos encomendamos.

“Nuestro más sincero y especial agradecimiento al Dr. Enrique Cárdenas Ojeda, asesor de tesis, quien con sus sabios consejos ha sido como una luz que nos ha mostrado el camino para poder culminar con éxito la tarea que inicialmente nos impusimos”.

Los integrantes del equipo de trabajo

“El conocimiento es la única herramienta de producción que no depende de la disminución de utilidades”

J.M. Clark.

ÍNDICE

PÁG.

Lista de gráficos.....	ix
Lista de tablas.....	x
Lista de anexos.....	xi
Resumen ejecutivo.....	xvii
Introducción.....	1
CAPÍTULO I.....	4
1.1. Planteamiento del problema.....	4
1.1.1. Situación actual.....	4
1.1.2. Formulación del problema.....	11
1.1.3. Problemas específicos.....	12
1.2. Objetivos.....	12
1.2.1. Objetivo general.....	12
1.2.2. Objetivos específicos.....	12
1.3. Hipótesis.....	13
1.3.1. Hipótesis general.....	13
1.3.2. Hipótesis específicas.....	13
1.4. Variables.....	13
1.5. Dimensiones.....	13
1.6. Operacionalización de las variables.....	14
1.7. Delimitación y alcance.....	15
1.8. Justificación.....	16
1.9. Limitaciones.....	18
CAPÍTULO II.....	19
Marco teórico.....	19
2.1. Concepto y definiciones.....	19
2.1.1. Teoría de procesos.....	19
2.1.2. Calidad de atención en servicios de salud.....	25
2.1.3. Evolución de la calidad en el campo de la salud.....	34
2.1.4. Evaluación de la calidad en el campo de la salud.....	34
2.1.5. Nivel de satisfacción de pacientes (usuarios).....	35

2.1.6. Instrumento SERVQUAL.....	37
2.1.7. Tecnología de la información.....	41
2.2. Gobierno electrónico.....	49
2.3. Costo-Beneficio.....	53
2.4. Marco Conceptual.....	55
CAPÍTULO III.....	60
Metodología de la investigación	60
3.1.Tipo de Investigación.....	60
3.2.Nivel de Investigación.....	60
3.3. Método de Investigación.....	60
3.4. Diseño de Investigación.....	60
3.5. Población.....	61
3.6. Muestra.....	61
3.7. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	63
3.8. Confiabilidad y validez de los instrumentos con alfa de cronbach	63
3.9. Prueba de Kolmogorov-Smirnov.....	64
3.10 Prueba de Friedman.....	65
CAPÍTULOIV.....	66
Hospital Nacional de Policía “Luis N. Sáenz”.....	66
4.1. Dirección de Salud Policial (DIRSAL – PNP).....	66
4.2. Aspecto presupuestario.....	66
4.3. Hospital Nacional “Luis N. Sáenz”.....	69
4.4. Plan sobre la informatización de las citas en el HN “LNS”	84
CAPÍTULO V.....	85
Presentación y análisis de los resultados.....	85
5.1 Presentación, análisis e interpretación de los resultados.....	85
5.2 Resumen.....	101
5.3. Discusión.....	107
CAPÍTULO VI	
Conclusiones.....	110
CAPITULO VII	
Recomendaciones.....	112

CAPITULO VIII

Propuesta.....	113
Anexos.....	117

LISTA DE TABLAS	PAG
Tabla N° 1.1 Número de personal y sus familiares.....	04
Tabla N° 1.2 Número de personal PNP en actividad.....	05
Tabla N° 1.3 Dinámica poblacional de morbilidad.....	05
Tabla N° 1.4 Número de establecimientos de salud.....	07
Tabla N° 1.5 Cantidad de atenciones.....	07
Tabla N° 1.6 Operacionalización de las variables.....	14
Tabla N° 2.1 Encuesta SERVQUAL.....	39
Tabla N° 2.2 Costo Beneficio de la aplicación de la plataforma.....	54
Tabla N° 3.1 Diseño de investigación.....	61
Tabla N° 3.2 Población y muestra encuestada.....	63
Tabla N° 3.3 Estadísticos de fiabilidad.....	64
Tabla N° 3.4 Niveles de confiabilidad y validez.....	65
Tabla N° 4.1 Gestión Presupuestal.....	67
Tabla N° 4.2 Gestión Presupuestaria AF-2013.....	67
Tabla N° 4.3 Gestión Presupuestal del hospital 2013-2014.....	68
Tabla N° 5.1 Resumen de procesamiento de los casos.....	84
Tabla N° 5.2 Estadístico de fiabilidad.....	84
Tabla N° 5.3 KMO y prueba de BARTLETT.....	85
Tabla N° 5.4 Niveles de confiabilidad y validez.....	86
Tabla N° 5.5 al 5.10 Estadístico de los elementos.....	88
Tabla N° 5.11 ANOVA.....	90
Tabla N° 5.12 Coeficiente de correlación interclase.....	91
Tabla N° 5.13 Estadístico de distribución de frecuencias.....	92
Tabla N° 5.14 al 5.18 Frecuencia de cada uno de los datos generales.....	93
Tabla N° 5.19 Prueba de Kolmogorow.....	98
Tabla N° 5.20 al 5.28 Estadística de contraste.....	99
Tabla N° 5.29 Nivel de confiabilidad.....	103
Tabla N° 5.30 De interpretación de coeficientes de correlación.....	109
Tabla N° 5.31 Asignación de cita mediante la tarjeta única.....	110
Tabla N° 5.32 Gestión mediante la historia clínica.....	110
Tabla N° 5.33 Prescripción y dispensación de medicamentos.....	110
Tabla N° 5.34 Subproceso administrativo de atención médica.....	111

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1.- Antecedentes.....	118
Anexo 2.- Matriz de consistencia.....	129
Anexo 3.- Proceso de obtención de las preguntas para el instrumento..	131
Anexo 4.- Instrumento.....	136
Anexo 5.- Instrumento de entrevista al Director del hospital.....	140
Anexo 6.- Procesos administrativos de Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”	141
Anexo 7.- Proceso de Atención en Consulta Externa.....	142
Anexo 8.- Subproceso actual de Asignación de citas con Tarjeta Única..	143
Anexo 9.- Subproceso actual de Gestión de Historia Clínica.....	144
Anexo 10. Subproceso actual de Prescripción y Dispensación de medicamentos.....	145
Anexo 11. Entrevista dirigida al Director del Hospital “Luis N. Sáenz”..	147
Anexo 12. Entrevista al Sub director del Hospital Nacional “Luis N. Sáenz”...	151
Anexo 13.a Presentación de los resultados de la Aplicación de la Guía De Verificación y observación de procedimientos.....	153
Anexo 13.b Flujograma de la observación de procedimientos de atención al paciente en consulta externa.....	157
Anexo 14. Ficha de datos de experto	159
Anexo 15. Estadísticos de elementos.....	161
Anexo 16. Entrevista al Gerente del Mercado de Indra Perú.....	173

Alexis Rafael BahamondeChumpitaz

Coronel de la Policía Nacional del Perú. Licenciado en Educación, experiencia en Administración de Recursos Humanos y en Negociación, Predicción de Conflictos Sociales y Medio Ambientales. Conocimiento básico del idioma inglés, Aspiración de desarrollo profesional en Gestión Pública.

FORMACIÓN

- 1990 Curso Básico de Inteligencia
- 1992 Curso Básico de Policía de Carreteras
- 1995 Curso Avanzado de Capitanes llevado a cabo en la Escuela Superior de Policía.
- 2002 Diplomado del Curso de Oficial de Estado Mayor, llevado a cabo en la Escuela Superior de Policía.
- 2002 Bachiller en Educación-Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- 2008 Licenciado en Educación-Universidad Privada San Pedro de Chimbote.
- 2008-2009 Estudio de Maestría en Didáctica Universitaria e Investigación Pedagógica, llevado a cabo en la Universidad Privada San Pedro de Chimbote, Egresado
- 2010 Curso de Liderazgo y Manejo de Crisis-Nuevo México- USA
- 2013 Diplomado en el Programa de Alto Mando y Orden Interno
- 2013 Diplomado en Gestión y Resolución de conflictos Sociales-UESAN
- 2013 Seminario Internacional en Gestión Pública-Universidad PompeuFabra Barcelona España.
- 2013 Diplomado en Gestión de Procesos y Sistemas de Calidad para las Organizaciones Públicas UESAN.
- 2013 Diplomado en Gestión Pública Universidad ESAN.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

- 2009 Dirección Antidrogas
- Cargo Jefe Táctico Antidrogas Alto Huallaga
- 2010 Dirección Antidrogas
- Cargo Escuela Anti Drogas
- 2011 Dirección Antidrogas Alto Huallaga
- Cargo Jefe De La DIVOEAD - Huallaga
- 2012 Dirección Antidrogas Alto Huallaga
- CARGO Jefe De la DIVOEAD - Huallaga
- 2014 Dirección De Fuerzas Especiales
- CARGO Jefe De Regimiento
- 2013 PAMOID/UESAN/Gestión Pública

SEMINARIOS

- Seminario Internacional. seguridad ciudadana : 2013-ESAN.
- Seminario Internacional en Gestión Pública-Universidad PompeuFabra: Barcelona España 2013.

Roger Pérez Figueroa

Coronel de la Policía Nacional del Perú. Licenciado en Educación, experiencia en Administración de Recursos Humanos y en Negociación, Predicción de Conflictos Sociales y Medio Ambientales. Conocimiento básico del idioma inglés, Aspiración de desarrollo profesional en Gestión Pública.

FORMACIÓN

- 1991 Curso Especializado de Inteligencia Policial
- 1993 Curso Básico de Instructores policiales
- 1996 Curso Avanzado de Capitanes llevado a cabo en la Escuela Superior de Policía.
- 2002 Diplomado del Curso de Oficial de Estado Mayor, llevado a cabo en la Escuela Superior de Policía.
- 2003 Maestría en Administración y Ciencias Policiales, llevado en la Escuela de post grado de la PNP.(1er Quinto Superior)
- 2013 Diplomado en el Programa de Alto Mando y Orden Interno
- 2013 Diplomado en Gestión y Resolución de conflictos Sociales-UESAN
- 2013 Seminario Internacional en Gestión Pública-Universidad PompeuFabra Barcelona España.
- 2013 Diplomado en Gestión de Procesos y Sistemas de Calidad para las Organizaciones Públicas UESAN.
- 2013 Diplomado en Gestión Pública Universidad ESAN.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

- 2009 Región Policial Lima
CARGO Comisario de Miraflores
- 2010 Dirección General PNP
CARGO Asesor del Estado Mayor Personal
- 2011 Región Policial Lima
CARGO Comisario del Agustino
- 2012 Región Policial Lima
CARGO Jefe de la Central de Emergencia 105
- 2013 PAMOID/UESAN/Gestión Pública
- 2014 Dirección General PNP
CARGO Asesor

SEMINARIOS

- Seminario Internacional Seguridad ciudadana : 2013-ESAN.
- Seminario Internacional en Gestión Pública-Universidad PompeuFabra Barcelona España 2013.

Lorenzo Santiago Allocén Dávila

Coronel de la Policía Nacional del Perú. Licenciado en Derecho, Magister en Administración y Ciencias Policiales, experiencia en el campo de Inteligencia policial Operativa, Administración y selección de Recursos Humanos, con conocimiento teórico práctico de la ciencia de Criminalística y Operaciones Psicológicas. Con práctica del idioma inglés e Italiano, Aspiración de desarrollo profesional en Gestión Pública.

FORMACIÓN

1990	Curso de Peritos en Grafotécnica.
1995	Curso Básico de Operaciones Psicológicas en el EP.
1996	Curso Avanzado de Capitanes llevado en la Escuela Superior de Policía.
1997	Grado de Bachiller y Título Profesional de Abogado por la UNFV.
2002	Diplomado del Curso de Oficial de Estado Mayor, llevado a cabo en la Escuela Superior de Policía. (1er QUINTO COEM)
2003	Programa de Maestría en Administración y Ciencias Policiales – PROMACIPOL
2007-2008	Maestría en Derecho Civil y Comercial – UNFV. Egresado
2009	Magister en Administración y Ciencias Policiales por la Escuela de Posgrado de la Policía Nacional del Perú.
2010	Curso de Instructores en Derechos Humanos - aplicado a la Función Policial.
2013	Diplomado en el Programa de Alto Mando y Orden Interno
2013	Diplomado en Gestión y Resolución de conflictos Sociales-UESAN y Seminario Internacional en Gestión Pública-Universidad PompeuFabra Barcelona España.
2013	Diplomado en Gestión de Procesos y Sistemas de Calidad para las Organizaciones Públicas UESAN.
2013	Diplomado en Gestión Pública Universidad ESAN.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

2009	:	Dirección Antidrogas - DIVOEAD VRAEM - MAZAMARI
CARGO	:	Jefe Departamento de Investigación de TID-DIVOEAD
2010	:	Dirección Antidrogas - DivoeadVraem - Mazamari
CARGO	:	Jefe Departamento De Investigación de TID-DIVOEAD
2011	:	Dirección Antidrogas
CARGO	:	Escuela Antidrogas
2012	:	Inspectoría General
CARGO	:	Jefe Del Equipo de Investigación y Decisión N° 02
2013	:	PAMOID/UESAN/Gestion Pública
2014	:	Dirección General PNP
CARGO	:	Asesor

SEMINARIOS

Seminario Internacional. Seguridad ciudadana : 2013-ESAN.
Seminario Internacional en Gestión Pública-U. PompeuFabra Barcelona España

Carlos Edwin Chong Campana

Coronel de la Policía Nacional del Perú. Licenciado en Educación, experiencia en Administración de Recursos Humanos y en Negociación, Predicción de Conflictos Sociales y Medio Ambientales. Conocimiento básico del idioma inglés, Aspiración de desarrollo profesional en Gestión Pública.

FORMACIÓN

- 1989 Curso Básico de Inteligencia
- 1992 Curso de Investigación de Robo de Vehículos
- 1995 Curso Avanzado de Capitanes llevado a cabo en la Escuela Superior de Policía.
- 2002 Diplomado del Curso de Oficial de Estado Mayor, llevado a cabo en la Escuela Superior de Policía.
- 2002 Bachiller en Educación-Universidad Inca Garcilaso de la Vega.
- 2008 Licenciado en Educación-Universidad Privada San Pedro de Chimbote.
- 2010 Curso de Prospectiva Bogotá- Colombia
- 2011 Curso de Manejo de Crisis – Marina de Guerra del Perú.
- 2013 Diplomado en el Programa de Alto Mando y Orden Interno
- 2013 Diplomado en Gestión y Resolución de conflictos Sociales-UESAN
- 2013 Seminario Internacional en Gestión Pública-Universidad PompeuFabra Barcelona España.

- 2013 Diplomado en Gestión de Procesos y Sistemas de Calidad para las Organizaciones Públicas UESAN.
- 2013 Diplomado en Gestión Pública Universidad ESAN.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

- 2009 : Dirección Antidrogas
- CARGO : Escuela Antidrogas
- 2010 : Dirección Antidrogas
- CARGO : Escuela Anti Drogas
- 2011 : Dirección Antidrogas
- CARGO : Escuela Antidrogas
- 2012 : Dirección de Pensiones PNP
- CARGO : Jefe de Estado Mayor
- 2013 : PAMOID/UESAN/Gestion Pública
- 2014 : División Territorial SUR 3 - Lurin
- CARGO: Jefe de División

SEMINARIOS

- Seminario Internacional seguridad ciudadana : 2013-ESAN.
- Seminario Internacional en Gestión Pública-Universidad PompeuFabra Barcelona España 2013.

Arturo Prado Blas

Coronel de la Policía Nacional del Perú, Magister en Derecho Penal y egresado del Doctorado por la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional Federico Villarreal; Licenciado en Administración por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Licenciado en Administración y Ciencias Policiales por la Escuela de Post Grado de la Policía Nacional del Perú y Abogado por la Universidad Nacional Federico Villarreal. Experiencia en administración y organización del Sistema Operativo Policial y Asesoramiento de alto nivel del Comando de la Policía Nacional del Perú. Con aspiración de desarrollo profesional en el Planeamiento Estratégico del Sistema Administrativo Policial y en su relación con la ciudadanía.

FORMACIÓN

- 1992 Graduado como Licenciado en Administración de Empresas en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- 1997 Curso Avanzado de Capitanes en la Escuela Superior de la PNP, graduándose como asesor policial. 1er quinto superior.
- 2002-2003 Curso de Oficiales de Estado Mayor en la Escuela Superior de la PNP, graduándose como Oficial Superior de Estado Mayor. 1er quinto superior
- 2002-2004 Egresado de la Maestría en Administración y Ciencias Policiales en la Escuela de Post Grado de la PNP.
- 2005 Graduado como Abogado en la Universidad Nacional Federico Villarreal.
- 2013 Graduado como Magister en la Universidad Nacional Federico Villarreal.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

- 2008 : Dirección Antidrogas de la PNP.
- CARGO : Jefe del Departamento de Operaciones Tácticas Antidrogas Palmapampa-
- 2009 : Dirección General de la PNP.
- CARGO : Asesor en el Estado Mayor Personal
- 2010 : Dirección General de la PNP.
- CARGO : Secretario Administrativo del Director General de la PNP.
- 2011 : Dirección Antidrogas de la PNP.
- CARGO : Jefe de la División de Insumos Químicos
- 2012 : Dirección Antidrogas de la PNP.
- CARGO : Jefe de la División de Lavado de Activos.
- 2013 : PAMOID/UESAN/Gestión Pública
- 2014 : Dirección Ejecutiva de Personal de la PNP
- CARGO : Jefe de Administración.

EVENTOS ACADÉMICOS

- Programa Avanzado en Gestión Pública – PADE ESAN (2013-3), ocupado el 1er. Puesto.
- Programa de Alta Especialización en Gestión de Procesos y Sistemas de Calidad para las Organizaciones Públicas – PAE ESAN (2013-1)
- Diplomado en Gestión y Resolución de Conflictos ESAN (2013-2), ocupado el 1er. Puesto.
- Seminario Internacional en Gestión Pública, realizado por la UniversitatPompeuFabra-Barcelona España.



Universidad:	Universidad ESAN
Escuela de Postgrado:	Escuela de Administración de Negocios para Graduados
Título de la tesis:	Proceso administrativo de atención médica en consulta externa y su incidencia en la calidad del servicio en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”
Área de investigación:	Gestión Pública
Autor(es):	Alocén Dávila, Lorenzo Santiago Bahamonde Chumpitaz, Alexis Chong Campana, Carlos Pérez Figueroa, Roger Prado Blas, Arturo
Grado profesional:	Magister en Gestión Pública
Año Aprobación sustentación	2014

RESUMEN:

Los centros hospitalarios están en la necesidad de proveer a sus pacientes de un servicio rápido y eficiente, de tal manera que se sientan satisfechos con su prestación, para lograrlo es necesario contar con herramientas de gestión y soportes tecnológicos que permitan el desarrollo de sus procesos administrativos, sobre todo el de atención médica en consulta externa.

En el Hospital Nacional “Luis N. Sáenz”, la deficiencia en el control de este proceso, al realizarse en forma manual, permite muchas veces que ingrese un valor errado y se produzcan mermas en el registro de nuevas historias clínicas, malestar en la asignación de citas y una mala gestión en la prescripción y dispensación de medicamentos; teniendo como resultado el permanente reclamo de los pacientes (titular y familiares) y la consecuente percepción de un servicio deficiente.

Es por ello que se definió como prioridad conocer estos subprocesos administrativos y a partir de ellos determinar su incidencia en la calidad del servicio de atención. Para tal efecto se plantea los siguientes objetivos:

- i. Determinar la incidencia de los subprocesos administrativos de atención médica en consulta externa en la calidad del servicio de atención en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”
- ii. Especificar la incidencia de la asignación de cita mediante la tarjeta única de atención como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa en la calidad de atención en el Hospital
- iii. Determinar la incidencia de la gestión mediante la historia clínica como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa en la calidad de atención en el Hospital
- iv. Especificar la incidencia de la prescripción y dispensación de medicamentos como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa en la calidad de atención en el Hospital.

El análisis de los subprocesos administrativos, se manifiesta en los siguientes hechos sobre citas, historias clínicas y prescripción de medicamentos ineficientes.

Para la obtención de la cita se debe acudir al Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” a las 06.00 am al consultorio, iniciándose la atención a las 08.00 am; se entrega la cita y se registra manualmente en el cuaderno de citas y en la tarjeta de control del paciente (normalmente la cita demora un mes de acuerdo a la cantidad de pacientes y número de médicos).

Para la gestión de la historia clínica, antes de la consulta el servicio, manualmente, solicita al archivo de historia clínica las respectivas historias clínicas para la atención de las consultas, el día de la consulta, el encargado del archivo entrega las historias clínicas al servicio médico (consultorio) para la atención médica (varias historias clínicas no fueron encontradas). El día de la consulta el médico atiende de acuerdo al orden de llegada, y de conformidad a las historias clínicas existentes (Pacientes que no han encontrado sus historias clínicas, tienen que acudir personalmente al archivo a solicitar su historia clínica, una vez ubicado, personal del servicio médico recoge la historia clínica para la atención del paciente).

Para la prescripción y dispensación de medicamentos, el médico no tiene conocimiento de la existencia real del stock en farmacia. En caso no exista medicamentos, el paciente regresa al servicio médico nuevamente.

En consecuencia se podrán corregir errores, mejorar técnicas, orientar el rumbo para consolidar un proceso administrativo de atención médica en consulta externa efectivo, sólido y solvente que pueda desarrollarse de acuerdo a la tecnología de la información, que afectan su integridad y obliguen a la organización a responder con calidad y principios éticos, demostrando su fortaleza institucional.

Para efectos de nuestra investigación se determinó los actores que intervienen y se procedió a diseñar la entrevista dirigida al Director del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” General(S) médico PNP César Eduardo Bravo de Rueda Accinelli para que nos oriente en este proceso de levantamiento de información, lo mismo se aplicó en la formulación de las encuestas que resolvieron los titulares y familiares como actores de esta investigación.

Se consultó y recibió el apoyo de especialistas en y conocedores del tema, con los datos recolectados se evaluaron agrupándolo en dimensiones:

- i. Asignación de citas, donde se evalúa el tiempo de espera, el registro en el cuaderno y el registro en la tarjeta única de atención
- ii. Gestión de historia clínica, donde se evalúa si es la primera vez la apertura de la historia clínica, la recepción de ésta por el asistente del consultorio y el registro por el médico. Si es la segunda vez y subsiguientes el requerimiento al médico solicitante, la recepción por la asistente del consultorio y el registro por el médico
- iii. Prescripción y dispensación de medicamentos, donde se evalúa si el médico recibe el listado de medicamentos existente en el stock de la farmacia de SALUDPOL y lo considera al elaborar la receta médica, el registro correspondiente en la historia clínica y la entrega de la receta al paciente, el cuál la presenta ante el área de

farmacia de SALUDPOL para verificación física del medicamento, el cual es recibido por el paciente si hay stock y si no, debe retornar al consultorio para cambio de medicamento por el médico

- iv. Expectativas y percepción de la calidad de servicio, donde se evalúa en lo referente a la calidad de servicio los elementos tangibles (aparición física de las instalaciones, equipos, personal, etc); la fiabilidad (habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa desde la primera vez); la capacidad de respuesta (disposición de ayudar y servir rápidamente a los clientes); la seguridad (habilidades y conocimientos de los empleados para inspirar credibilidad y confianza) y la empatía (atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes).

Finalmente luego de las evaluaciones y análisis realizados, se concluye que los subprocesos administrativos de atención médica en consulta externa, presenta una correlación positiva entre la asignación de la cita mediante la tarjeta única de atención y la calidad del servicio, de igual manera la prescripción y dispensación de medicamentos y la calidad del servicio presentan una correlación positiva; mientras que el subproceso de gestión de historia clínica se verifica que guarda relación con la calidad del servicio pero en forma imperceptible.

Lo anteriormente indicado está sustentado en:

- i. La asignación de cita mediante la tarjeta única de atención como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa si se relaciona con la calidad de atención en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”, lo que se evidencia en el malestar de los pacientes, que no están de acuerdo con la hora en la que tienen que acudir al hospital y la demora en ser atendidos tan solo para la obtención de la misma, tal como se puede apreciar en el análisis de la presente investigación.
- ii. La gestión de historia clínica como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa se relaciona imperceptiblemente con la calidad de atención en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”,

debido a que este proceso interno del hospital no es percibido directamente por los pacientes.

- iii. La prescripción y dispensación de medicamentos como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa, presenta una débil correlación positiva con la calidad de atención en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”, lo cual es evidenciado en las encuestas.

Por lo cual se recomienda:

La necesaria mejora de los subprocesos administrativos de atención médica en consulta externa, que redundará positivamente en una mejor calidad de atención en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”; para lograr esto es necesario lo siguiente:

- i. Con respecto al subproceso asignación de citas en tarjeta única, recomendar utilizar tecnología de la información con la finalidad de permitir que los usuarios puedan acceder a la obtención de su cita de manera virtual y en tiempo real, de forma que no tengan que acudir al hospital muy temprano ni esperar varias horas para su atención médica.
- ii. Con respecto al subproceso de prescripción y dispensación de medicamentos, recomendar tecnología de la información para que de manera virtual y en tiempo real, se permita al profesional médico recetar los productos que se encuentran en stock y en el almacén del Hospital de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”.
- iii. Con respecto al subproceso de gestión de historia clínica, recomendar tecnología de la información con la finalidad que los profesionales médicos puedan acceder de manera virtual y en tiempo real a las historias clínicas que se generen en el Hospital de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”.
- iv. Que el presente trabajo sirva de base para iniciar otro estudio que identifique qué herramienta de la tecnología de la información deba ser utilizado para mejorar el proceso administrativo de atención médica en consulta externa, así como identificar otros procesos para mejorar la calidad de servicio en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”.

Finalmente, en base a los resultados obtenidos como una alternativa de solución, se propone Lineamientos Estratégicos de Acción para Gestionar en calidad el Proceso de Atención Médica en Consultorio Externo y el uso de un software que integre estos subprocesos.

INTRODUCCIÓN

Los servicios de salud de la Policía Nacional del Perú garantizan la atención a sus integrantes y familiares directos. Sus centros hospitalarios tienen la necesidad de proveer estilo de vida saludable, disminuir los riesgos inherentes al trabajo policial, de tal manera que el efectivo, dentro del sistema se sienta reconfortado con la recuperación de su salud. Una de las maneras de conseguir esto es brindándole al paciente servicios con los cuales la competencia no cuente, y para lograr esto es necesario, entre otros, disponer de atención de citas, seguimientos del historial clínico, prescripción y dispensación, que se interrelacione con los distintos hospitales de la institución mediante un soporte tecnológico, en este caso el uso de una intranet.

En este contexto la deficiencia en el control de estos subprocesos, que se hacen de una manera no automatizada generan índices de riesgo de que se ingrese un valor erróneo y se produzcan mermas en el registro de nuevas historias clínicas; cuya solución parcial se tendría con la aplicación de la ley que crea el registro nacional de historias clínicas electrónicas una vez publicado su reglamento y se cuente con la aprobación y asignación presupuestal, sin demandar recursos adicionales al tesoro público.

El entorno global cada vez más competitivo obliga a las organizaciones a esforzarse para poder responder con eficiencia y eficacia las crecientes exigencias de sus usuarios. Una de las herramientas claves para el logro de este objetivo es la gestión y mejora de procesos que se convierte en uno de los pilares sobre los que descansa la gestión según los principios de calidad total.

La Policía Nacional del Perú más específicamente, el Hospital Nacional “Luis N. Sáenz” y el macro proceso de atención médica - proceso de atención médica en consulta externa, con sus tres sub procesos, (cita con tarjeta única de atención, la gestión de historia clínica y la prescripción y dispensación de medicamentos), que se constituyen en los vínculos que con mayor frecuencia se relacionan con la población policial compuesta por los efectivos policiales y familiares, no pueden estar ajenas a estas tendencias y cambios de la administración moderna, y deben orientar sus esfuerzos para mejorar sus procesos y desterrar de una vez por todas la persistencia al

interior de éstos de una deficiente atención, que influye en la calidad de los servicios que se brinda.

El planteamiento del problema del presente trabajo de investigación: ¿De qué manera los subprocesos administrativos de atención médica en consulta externa inciden en la calidad del servicio de atención en el Hospital de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”, consiste en determinar la incidencia de los subprocesos administrativos de atención médica en consulta externa en la calidad del servicio de atención en dicho nosocomio, para proponer su mejora.

De esta manera, el presente trabajo está orientado al estudio de las dimensiones e indicadores que permiten una gestión de excelencia del Proceso Administrativo de Atención Médica en Consulta Externa del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”, que incide en la calidad del servicio que brinda; a partir de lo cual se diseñen estrategias de cambio que permitan realizar una gestión de calidad en este proceso y por ende mejorar la calidad de atención de estos servicios.

La investigación se desarrolla como un estudio no experimental que sigue un método descriptivo correlacional y presenta un diseño de investigación de tipo descriptivo evolutivo transversal con dos variables “Proceso Administrativo de Atención Médica en Consulta Externa” y “la Calidad de Atención de los Servicios” en el Hospital Nacional “Luis N. Sáenz”.

El trabajo de campo para la investigación se realizó mediante la aplicación de los siguientes instrumentos:

- i. Un cuestionario aplicable a la población de efectivos policiales y sus familiares.
- ii. Una guía de entrevista aplicable al Director y Sub Director del Hospital “Luis N. Sáenz”.
- iii. Una guía de verificación de las características de los procesos, infraestructura y personal.

El planeamiento de la investigación fue completado con el desarrollo de un marco teórico en el que se exponen enfoques conceptuales de la gestión de procesos, calidad de los servicios, gobierno electrónico, entre otros.

Los resultados de la investigación permiten establecer, entre otras apreciaciones que el Proceso Administrativo de Atención Médica en Consulta Externa no brinda un buen servicio, lo que se refleja en los sub procesos de asignación de citas con tarjeta única de atención, gestión de historia clínica, y, prescripción y dispensación de medicamentos; donde los usuarios deben esperar para ser atendidos y cuando acceden a la consulta, la Historia clínica muchas veces presenta dificultades para su ubicación; y una vez realizada la atención, la prescripción y dispensación de medicinas se da sin tener en cuenta el stock actualizado de medicamentos que permita al galeno seleccionar adecuadamente entre varias opciones; lo cual es percibido por el usuario como mala calidad en el servicio médico.

Finalmente, en base a los resultados obtenidos, se propone Lineamientos Estratégicos de Acción para Gestionar con calidad el Proceso de Atención Médica en Consultorio Externo y el uso de un software que integre estos subprocesos.

El Informe de la investigación se organiza en Capítulos. El Capítulo I contiene el Planteamiento del Estudio; el Capítulo II, está relacionado al marco teórico conceptual; el Capítulo III, presenta la metodología de la investigación; el Capítulo IV, se refiere al Hospital Nacional "Luis N Sáenz"; el Capítulo V, presenta los resultados de la investigación y el análisis e interpretación de los mismos; presentándose en el Capítulo VI, las conclusiones; el Capítulo VII, las recomendaciones y el Capítulo VIII, la propuesta.

CAPITULO I

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1 Situación Actual

La Policía Nacional del Perú – PNP es una organización del Estado encargada de velar por la seguridad y el orden en el país. Su estructura, según el Decreto Legislativo N° 1148 – Ley de la Policía Nacional del Perú¹, comprende órganos ejecutivos, de apoyo y administrativos, cada uno con las peculiaridades que le da su función dentro de la organización.

La Dirección de Salud de la Policía Nacional del Perú - DIRSAL, es el órgano de apoyo, dentro del régimen de Bienestar Policial de la PNP², encargada de ejecutar acciones integrales de promoción, prevención, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud, en cuyo diagnóstico se destaca lo siguiente:

Conforme a lo dispuesto por la citada norma, el personal policial tiene derecho al “tratamiento y asistencia médica por cuenta del Estado, hasta su total recuperación” incluyendo la cobertura al personal titular en actividad, disponibilidad y retiro, así como a sus familiares (padres, cónyuge o conviviente en unión de hecho declarada e hijos)³, estando constituido en su totalidad por la cantidad de 766,700 personas que se detallan en la tabla siguiente.

Tabla 1.1 NÚMERO DEL PERSONAL PNP Y SUS FAMILIARES SEGÚN CATEGORIA Y SITUACION POLICIAL AÑO 2014 (AL MES DE MAYO)

CATEGORÍA	SITUACION			TOTAL	FAMILIARES	TOTAL
	ACTIVIDAD	DISPONIBILIDAD	RETIRO			
OFICIALES POLICIAS	7013	36	10333	17382	71783	89165
OFICIALES DE SERVICIOS	2420	21	4084	6525	17710	24235
STATUS DE OFICIAL	50	0	195	245	1081	1326
SO ARMAS	95846	245	58956	155047	440589	595636
SO SERVICIOS	3785	86	10605	14476	30507	44983
EMP. CIVILES	2407	0	6790	9197	2158	11355
TOTAL	111521	388	90963	202872	563828	766700

Fuente: Oficina de Tecnología, Comunicación y Estadística de la Dirección Ejecutiva de Personal PNP

¹Congreso de la Republica (2012), Diario Oficial El Peruano; normas legales, págs. 450528 a 450537.

² Congreso de la República (2012), Artículo 14° y 43° del Decreto Legislativo N° 1148-Ley de la PNP.

³Ibidem.

Es de señalar que en el departamento de Lima, el total del personal en actividad se encuentra en el orden de los 50,024 (conforme se especifica en la Tabla 1.2) y que en el Hospital Nacional Luís N. Saénz, no sólo se pueden atender aquellos, sino también los que llegan del interior del país.

Tabla 1.2 NÚMERO DE PERSONAL PNP EN ACTIVIDAD POR CATEGORÍAS EN LIMA (mes de mayo)

DEPARTAMENTO	CATEGORIAS						TOTAL
	OF. ARMAS	OF. SERVICIOS	STATUS OFICIAL	SSOO ARMAS	SSOO SERVICIOS	EMP. CIVILES	
LIMA	3847	1788	28	39738	2893	1730	50024

Fuente: Oficina de Tecnología, Comunicación y Estadística-OFITECE de la Dirección Ejecutiva de Personal PNP

Por otro lado, la DIRSAL PNP ha observado que en el HN “Luis N. Saénz” los usuarios del servicio de salud han superado ampliamente la capacidad de los servicios de salud de la sanidad PNP, lo cual se evidencia en la dinámica poblacional⁴ de morbilidad referida a la cantidad de atenciones médicas y no médicas realizadas en dicho nosocomio, en el lapso del año 2010 al 2014, según las etapas de vida de la población PNP, conforme lo mostrado en el cuadro siguiente:

Tabla 1.3 DINÁMICA POBLACIONAL DE MORBILIDAD Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN CICLOS O RANGOS DE EDAD PNP -(2010 – 2014)

POBLACION	2010 (*)	%	2011 (**)	%	2012 (**)	%	2013 (**)	%	2014 (al 31MAY) (**)	%
NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS	28193	4	17694	6	16220	3	15042	3	6237	3
ADOLESCENTES DE 6 A 14 AÑOS	76659	11	44887	15	44202	9	35996	8	18259	9
JOVEN DE 15 A 24 AÑOS	104721	16	50077	17	53769	12	52443	11	23297	11
ADULTO DE 25 A 64 AÑOS	304995	45	77674	27	248909	53	263721	53	111159	52
ADULTO MAYOR DE 65 A MAS	160646	24	104528	35	107374	23	124991	25	52740	25

Fuente (*): Plan Estratégico Institucional 2012-2016 – Dirección de Salud PNP

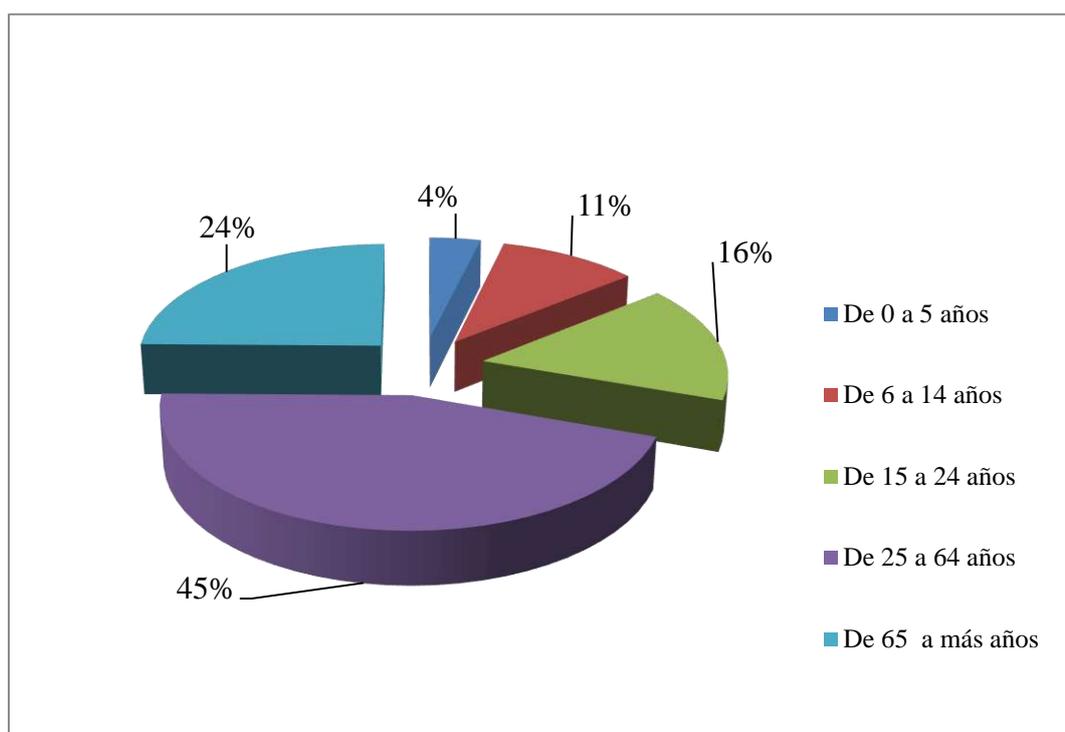
Fuente (**): Oficina de Estadística del HN PNP “Luis N. Saénz”-MAY2014

La Tabla 1.3 evidencia que en promedio de los cinco últimos años, la segunda

⁴ DIRSAL PNP (2014), Información obtenida de la Oficina de Admisión e Historias Clínicas del HN PNP “Luis N. Saénz”-al mes de Mayo de 2014.

mayor carga de atención se encuentra en personas mayores de 65 años, y con ello se aprecia el incremento de atenciones relacionadas con enfermedades crónico degenerativo, lo cual lleva a recomendar la priorización de acciones dirigidas a atender la salud de dicho segmento de población, descuidando muchas veces al efectivo policial en actividad. Aspecto que se puede visualizar en el gráfico que se muestra a continuación, referido al año 2010 como línea de base.

Gráfico 1.1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN CICLOS O RANGOS DE EDAD PNP



Fuente: Dirección de Salud PNP (2014), Plan Estratégico Institucional 2012-2016

Mas aún si se tiene en consideración que los servicios de atención de salud a la institución policial están orientados a cubrir en forma total, tanto los aspectos de prevención, tratamiento, rehabilitación de capa simple (mayor frecuencia y menor complejidad) y de capa compleja (de menor frecuencia y mayor complejidad), enmarcándose dentro del aseguramiento universal de salud, garantizando a toda la familia policial el derecho al acceso al servicio de salud y a una atención plena, competitiva, integra, oportuna y de calidad; así como también si se considera que para la referida prestación de salud sólo se cuenta con un Hospital Nacional conforme se muestra en la tabla siguiente:

Tabla 1.4 NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN NIVEL

AÑO	Hospital Nacional	Hospitales Regionales	Hospital Especializado	Policlínicos	Postas Médicas	Postas Sanitarias	TOTAL
2014	1	3	1	40	54	84	183

Fuente: Policía Nacional del Perú (2012-2016), Plan Estratégico Institucional de la Dirección de Salud de la PNP

Dentro de ese contexto el Hospital Nacional “Luis N. Sáenz” tiene registrado al mes de mayo del 2014 la cantidad de 616,545 Historias Clínicas⁵.

Y, en materia de atención médica por consulta externa en el referido nosocomio, durante el transcurso de los años 2010 al 2014 (mes de Mayo) se atendió a pacientes en cantidades que se indican en la Tabla 1.5, debiendo tenerse en consideración que dichas atenciones corresponden a los de carácter médico y no médico; siendo los primeros quienes fueron atendidos por profesionales médicos (médico general y aquellos que tienen especialidades médicas), y los segundos por los profesionales no médicos (psicólogos, odontólogos, etc).

Tabla 1.5 CANTIDAD DE ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA DEL HN “LUIS N. SÁENZ”(2010 a 2014)

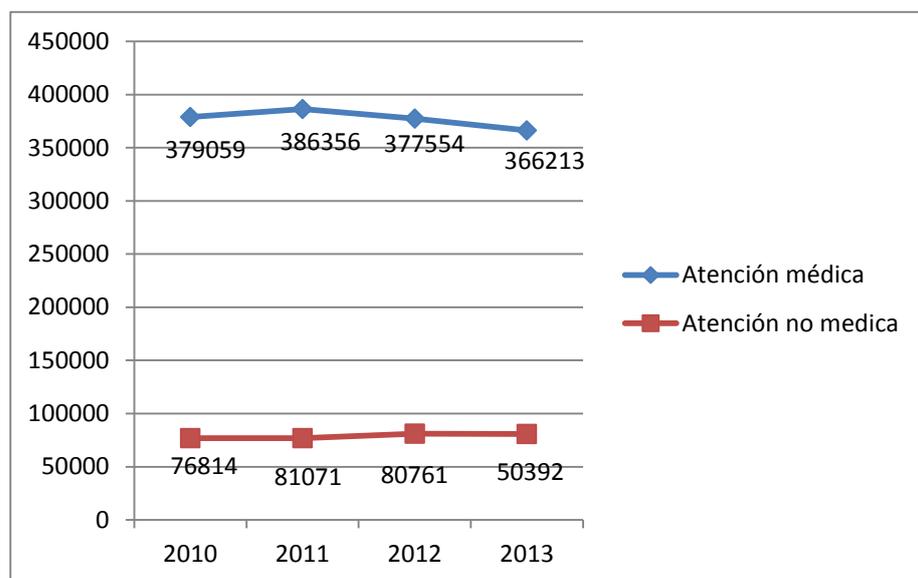
	2010	2011	2012	2013	2014 (a MAY)
Atención médica	379059	386356	377554	366213	97430
Atención no médica	76814	81071	80761	83069	50392
TOTAL	455873	467427	458315	449282	147822

Fuente : DIRSAL PNP-HN PNP “Luis N. Sáenz” (2014) Oficina de Estadística.

En tal sentido, realizando la trazabilidad de la evolución de las atenciones de consultas externas médicas, se tienen dos líneas paralelas, manteniéndose las diferencias entre atención médica y no médica, lo que a continuación se muestra.

⁵DIRSAL (2014), Información obtenida de la Oficina de Admisión e Historias Clínicas del HN PNP “Luis N. Sáenz”-al mes de Mayo de 2014.

Gráfico 1.2 TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA



Fuente: DIRSAL PNP-HN PNP "Luis N. Sáenz" (2014) Oficina de Estadística

Respecto a los macroprocesos administrativos que se observan en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú "Luis N. Sáenz"⁶ éstos se encuentran agrupados en: i) Dirección administrativa, ii) Atención médica y iii) Dirección médica.

Los procesos involucrados en el macroproceso i) Dirección administrativa, son: Dirección de personal; Dirección económica; Fondo de salud policial; y Admisión y archivos.

Los procesos inmersos en el macroproceso ii) Atención médica, son: Atención en consulta externa; Atención en consulta interna; Atención en emergencia y Atención en domicilio; y,

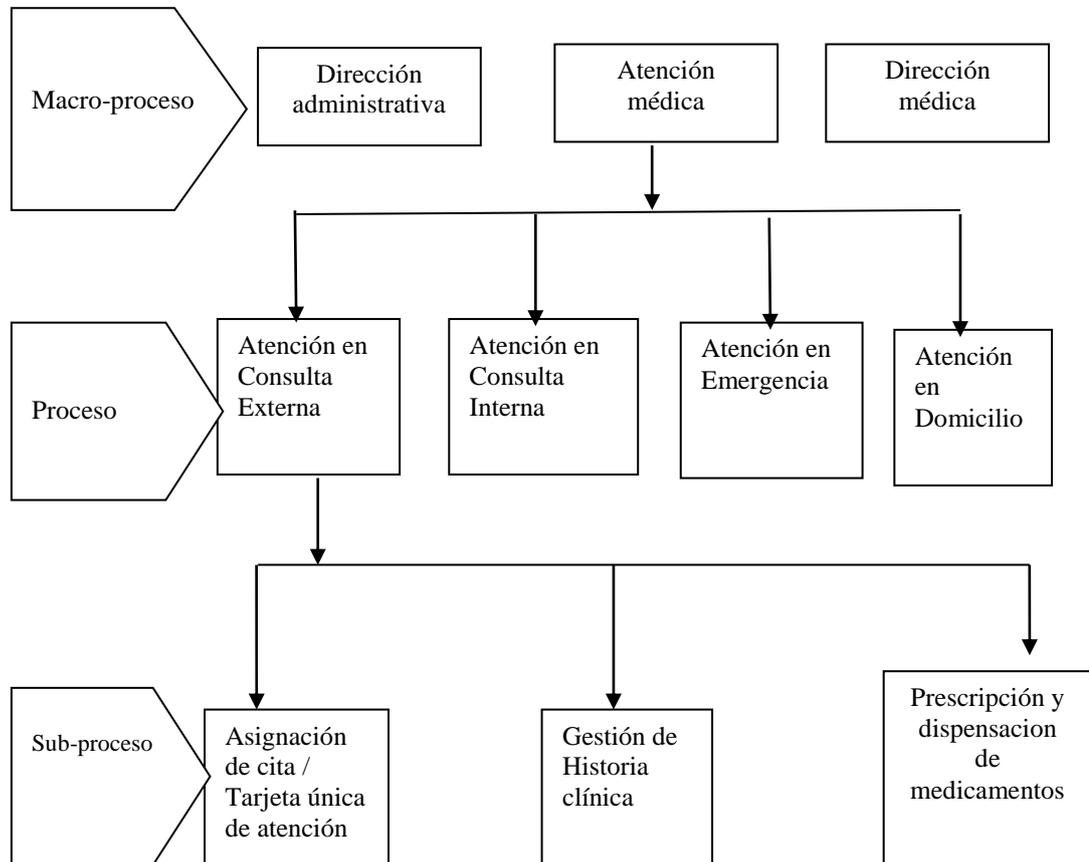
Los procesos comprendidos en el macroproceso iii) Dirección médica, son: Farmacia; Laboratorio; Quirófano y Rehabilitación.

La presente investigación está circunscrita al macroproceso de atención médica, proceso de atención en consulta externa, teniendo este último tres sub procesos que son: Asignación de cita con tarjeta única de atención; Gestión de la historia

⁶DIRSAL PNP (2014), Macropocesos identificados en el trabajo de campo y de investigación documental realizado en el Hospital Nacional Luis N. Saenz..

clínica; y finalmente Prescripción y dispensación de medicamentos.

Grafico 1.3 MACROPROCESOS, PROCESOS Y SUBPROCESOS HN LNS



Fuente y elaboración propia (2014)

El Hospital Nacional "Luis N. Sáenz", brinda atención asistencial a la familia policial y policías en el país; en dicha institución es donde se pretende implementar una solución a la problemática actual de los procesos administrativos de Atención médica en consulta externa, debido a los cuales, éstos son inadecuados.

La asignación de cita se realiza necesariamente en el hospital, empleándose una ventanilla en cada servicio médico, la cual atiende la solicitud y efectúa el registro de ésta, no existiendo un sistema que almacene y muestre información de forma

rápida y eficiente, realizándose el registro de las citas de forma manual en un cuaderno; así mismo la preferencia o precedencia en la atención y la impuntualidad de los pacientes trae como consecuencia una atención desordenada; no controlándose adecuadamente el movimiento de las historias clínicas, generando en algunas oportunidades el extravío de éstas; además la entrega de receta por el médico se realiza sin considerar el listado actualizado de medicamentos existentes en el stock de la farmacia de SALUDPOLocasionando que en la dispensación de éstos se produzcan respuestas negativas al requerimiento de la medicina, motivando que el paciente retorne nuevamente al consultorio para cambio de medicamento en la receta expedida por el médico o se retire a su domicilio con una sensación de no haber recibido un buen servicio asistencial médico⁷.

Lo anteriormente indicado ocasiona demora en el registro de datos y en la atención a los pacientes originando colas, conflictos en la atención y malestar de los pacientes debido a la pérdida de tiempo, su natural discomfort producto de la enfermedad que los aqueja y percepción de desorganización en los procesos de atención médica que se desarrolla en el nosocomio; de tal manera que se busca mejorar la calidad del servicio de atención a los pacientes mediante el manejo de información en forma más rápida, eficiente y oportuna; esta realidad causa problemas de atención en consulta externa médica que se refleja y se manifiesta en los siguientes hechos: Asignación de citas; gestión de historias clínicas; y, prescripción y dispensación de medicamentos ineficientes.

El desarrollo de los subprocesos se realiza de la siguiente manera:

- i. Para la asignación de citas, los pacientes acuden al Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” a partir de las 06 am al consultorio, iniciándose la atención a las 08 am; se otorga la cita y se registra manualmente en el cuaderno de citas y en la tarjeta de control del paciente (normalmente la cita demora desde un mes a más, de acuerdo a la cantidad de pacientes y número de médicos que atienden en los consultorios).

⁷ DIRSAL PNP (2014), lo consignado en el párrafo y subsiguientes se ha obtenido en el trabajo de campo tanto en la observación participante, aplicación de encuestas y entrevistas realizadas en el HN Luís N. Sáenz, del mes de marzo a mayo del 2014. Vease anexo 4, 11, 12 y 13.

- ii. Para la gestión de la historia clínica, antes de la consulta, el servicio médico solicita manualmente al archivo de historias clínicas, las que corresponden para la atención de las consultas, el encargado del archivo, si no tuviera contratiempos, entregará las historias clínicas al servicio médico (consultorio) para la atención médica (es probable que varias historias clínicas no fueran encontradas); sin embargo, si tuviera algún incidente, se entregarán las historias clínicas el mismo día. El día de la consulta, el médico atiende de acuerdo al orden de llegada, y de acuerdo a las historias clínicas existentes. (Pacientes que no han encontrado sus historias clínicas, tienen que acudir personalmente al archivo a solicitarla, una vez ubicado, personal del servicio médico tiene que recoger la historia clínica para la atención del paciente).
- iii. Para la prescripción y dispensación de medicamentos, el médico no tiene conocimiento de la existencia real del stock en farmacia. En caso no exista medicamentos, el paciente regresa al servicio médico nuevamente o se retira a su domicilio con frustración por la mala calidad del servicio.

Aspiramos lograr que los resultados de esta investigación contengan información sobre la calidad de atención en el Hospital Nacional “Luis N. Sáenz” de la Policía Nacional del Perú y cómo el proceso administrativo de atención médica en consulta externa incide en ella.

En consecuencia se podrán corregir errores, mejorar técnicas, orientar el rumbo para consolidar un proceso administrativo de atención médica en consulta externa efectivo, sólido y solvente; que pueda desarrollarse de acuerdo a la tecnología de la información, que afecten su integridad y obligue a la organización a responder con calidad y principios éticos, demostrando su fortaleza institucional.

1.1.2. Formulación del problema

¿De qué manera los subprocesos administrativos de atención médica en consulta externa inciden en la calidad del servicio en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”?

1.1.3. Problemas específicos

¿De qué manera la asignación de cita mediante la tarjeta única de atención como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa incide en la calidad del servicio en el Hospital?

¿De qué manera la gestión de la historia clínica como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa incide en la calidad del servicio en el Hospital?

¿De qué manera la prescripción y dispensación de medicamentos como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa incide en la calidad del servicio en el Hospital?

1.2. Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Determinar la incidencia de los subprocesos administrativos de atención médica en consulta externa en la calidad del servicio en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”

1.2.2. Objetivos específicos

Especificar la incidencia de la asignación de cita mediante la tarjeta única de atención como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa en la calidad del servicio en el HN “Luís N. Sáenz”.

Determinar la incidencia de la gestión de la historia clínica como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa en la calidad del servicio en el HN “Luís N. Sáenz”

Especificar la incidencia de la prescripción y dispensación de medicamentos como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa en la calidad del servicio en el HN “Luís N. Sáenz”.

1.3 Hipótesis

1.3.1 Hipótesis general

Los subprocesos administrativos de atención médica en consulta externa inciden en la calidad del servicio en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”

1.3.2 Hipótesis específicas

El subproceso asignación de cita mediante la tarjeta única incide en la calidad del servicio en el HN “Luís N. Sáenz”.

El subproceso gestión de la historia clínica incide la calidad del servicio en el HN “Luís N. Sáenz”.

El subproceso de prescripción y dispensación de medicamentos incide en la calidad del servicio en el HN “Luís N. Sáenz”.

1.4 Variables

1.4.1 Variable Independiente

Proceso administrativo de atención médica en consulta externa

1.4.2 Variable dependiente

Calidad del servicio

1.5 Dimensiones

1.5.1 De la variable independiente

X1 Asignación de cita mediante la tarjeta única

X2 Gestión de la historia clínica

X3 Prescripción y dispensación de medicamentos

1.5.2 De la variable Dependiente

Y1 Expectativas

Y2 Percepción

1.6 Operacionalización de las variables

Tabla 1.6.a DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Independiente X	X1 Asignación de citas mediante tarjeta única de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de espera • Registro en el cuaderno • Registro en la tarjeta única de atención
	X2 Gestión de la historia clínica	<p>Por primera vez</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apertura de HC • Recepción por el asistente consultorio • Registro por el médico <p>Por segunda vez y subsiguientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presenta su requerimiento al médico solicitante • Remite al servicio médico solicitante • Recepción por la asistente del consultorio • Es registrado por el médico
	Proceso administrativo de atención médica en consulta externa	<ul style="list-style-type: none"> • Recepción del listado de medicamentos existente en el stock de la farmacia de SALUDPOL. • Elaboración de la receta médica. • Registro en la historia clínica. • Entrega de la receta al paciente. • Presentación ante el área de farmacia de SALUDPOL.

Fuente y elaboración propia (2014), SERQUAL

Tabla 1.6.b DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
		<ul style="list-style-type: none"> • Verificación en el listado de medicamentos existentes en el stock de la farmacia de SALUDPOL. • Verificación física del medicamento. • Entrega al paciente. <p>Si hay No hay problema</p> <p>Si no hay Retorno al consultorio para cambio de medicamento por el médico.</p>
Dependiente Y Calidad del servicio	Y1. Expectativas	<ul style="list-style-type: none"> • Elementos tangibles • Fiabilidad • Capacidad de respuesta
	Y2. Percepción	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad • Empatía

Fuente y elaboración propia (2014), SERQUAL

1.7 Delimitación y alcance

La investigación se realizó en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”, el cual, es un hospital de tercer nivel de complejidad⁸ que depende técnica, funcional y normativamente de la Dirección de Salud de la Policía Nacional del Perú, así como también del Ministerio de Salud, que tiene por finalidad contribuir a mejorar el nivel de vida de la población policial⁹, el cual se encuentra ubicado en Jesús María – Lima. La investigación se ejecutó de agosto 2013 a mayo 2014.

⁸ DIRSAL PNP (2014), Plan Estratégico Institucional 2012-2016 de la Dirección de Salud de la PNP.

⁹ Congreso de la República (2012), normas legales, págs. 450528 a 450537.

1.8 Justificación

La Investigación trata sobre proceso administrativo de atención médica en consulta externa, el cual tiene asociado un conjunto de atributos: Códigos, datos, apilado de archivos, registros e identificador único; el referido proceso administrativo, en realidad es un programa de ejecución secuencial, que requiere de recursos (memoria, CPU, dispositivos de Entrada/Salida - E/S) para su ejecución; asimismo trata de calidad de atención en servicios de salud, considerándose que la calidad del servicio se ha convertido en un área de especial interés en las últimas décadas, debido a su impacto en las organizaciones por la reducción de costos, la lealtad del cliente y la rentabilidad, de tal manera que los servicios de Salud en el Perú no han sido ajenos a esta tendencia; y evidentemente el servicio de policial tampoco puede haber sido ajeno a ello, toda vez que necesita ser competitivo para dar un servicio de calidad a su público cautivo, si no quiere ser relevado por otro competidor en el mercado local.

Es importante contrastar el proceso administrativo de atención médica en consulta externa con la calidad de atención en el HN “Luís N. Sáenz”, pues de ello se espera tener un punto de partida para evaluar y mejorar ambos elementos al interior de la organización.

La multidimensionalidad de la calidad del servicio está justificada teóricamente en forma amplia; no obstante, falta consenso respecto a sus dimensiones constitutivas. En consecuencia, son múltiples los trabajos teóricos y empíricos en diferentes contextos de servicios que reportan resultados diferentes en la composición del constructo sobre la calidad del servicio¹⁰.

El aporte con que más se ha contribuido en la teoría respecto a las dimensiones de la calidad del servicio y a su medición es el de Parasuraman y otros (1985), que identifica diez dimensiones que representan los criterios que utilizan los consumidores en el proceso de evaluación de la calidad en cualquier tipo de servicio los que corresponde a: i) Elementos tangibles, ii) Fiabilidad, iii)

¹⁰Dolors Setó P (2004), “De la calidad de Servicios a la Fidelidad del Cliente”, Madrid-España, pág. 23.

Capacidad de respuesta, iv) Profesionalidad, v) Cortesía, vi) Credibilidad, vii) Seguridad, viii) Accesibilidad, ix) Comunicación y x) Comprensión del cliente¹¹.

Posteriormente, Parasuraman, Zeitham y Berry (1988), reagrupan los criterios de forma que sólo quedan cinco dimensiones: i) Tangibilidad (aparición física de las instalaciones, equipos, personal, etc.);ii) Fiabilidad (habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa desde la primera vez);iii) Capacidad de respuesta (disposición de ayudar y servir rápidamente a los clientes);iv) Seguridad (habilidades y conocimientos de los empleados para inspirar credibilidad y confianza al cliente); y v) Empatía (atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes)¹².

1.8.1 Justificación práctica

El número del personal policial y sus familiares están constituídos por 766,700 que incluye al titular (en actividad, disponibilidad y retiro), cónyuge, hijos y padres. Asimismo, la institución tiene presencia y representatividad a nivel nacional, existiendo infraestructura en cantidad de 183 establecimientos de salud (según nivel), entre los que se incluye el HN “Luis N. Sáenz” (sólo un hospital nacional), a los cuales los titulares y familiares acuden y en los que se puede implementar la información necesaria del tratamiento que adolece el efectivo policial, para recuperarlo en forma oportuna para el servicio policial. Igualmente, debido a que la atención en consulta externa, tanto como para el titular y familiares, no es la más adecuada en lo que corresponde a asignación de citas médicas, gestión de historias clínicas, y, prescripción y dispensación de medicamentos, debido a que no están satisfechos con los servicios de salud que se brinda, es de importancia plantear recomendaciones y propuestas de solución adecuadas.

1.8.2 Justificación metodológica

Con el devenir del tiempo las investigaciones en lo referente a proceso administrativo y calidad de atención de cualquier grupo humano se han circunscrito a empresas, instituciones, organizaciones de diversos fines o giros

¹¹Ibidem, pág. 22.

¹²Dolors Setó P (2004), “De la calidad de Servicios a la Fidelidad del Cliente”, Madrid-España, pág. 23.

laborales. El interés de comprender, explicar, solucionar y superar los problemas que se presentan al interior de los centros de salud ha motivado la presente investigación.

El concepto y medición de calidad del servicio en salud se define como la habilidad de alcanzar objetivos prefijados utilizando medios legítimos; teniendo en consideración que los objetivos prefijados están referidos a un apropiado estado de salud, y relegando a un segundo plano la percepción de los pacientes en cuanto al servicio que le prestan.

Por otro lado, también es necesario considerar que la percepción del paciente respecto de la prestación del servicio determina su nivel de calidad.

Las variables e indicadores determinan el objeto de estudio en consecuencia se tienen que aplicar métodos y técnicas de diagnóstico que permitan un conocimiento de cómo se encuentra la calidad de atención y cómo inciden en el proceso administrativo de ésta, la obtención de datos y la sistematización del análisis que se haga nos permitirá determinar el estudio, comprenderlo y así, poder esbozar recomendaciones y propuestas.

1.9 Limitaciones

Para la presente investigación no hubo limitaciones de recursos, bibliografía, tiempo y de carácter económico; así mismo, es un problema que se presenta no solo en los hospitales de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, sino también en los Hospitales del Ministerio de Salud- MINSA. Si bien es cierto los resultados son para el Hospital “Luis N. Sáenz”, éstos pueden hacerse extensivos a los hospitales a nivel Nacional, porque la atención en consulta externa médica es generalizada.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Concepto y Definiciones

2.1.1 Teoría de procesos

Conjunto de las diferentes fases o etapas sucesivas que tiene una acción o un fenómeno complejo¹³.

Un programa, por su parte representa una entidad pasiva. Cuando un programa es reconocido por el sistema de operación y tiene asignado recursos, éste se convierte en proceso¹⁴.

“Un proceso es una actividad o grupo de actividades que emplean un insumo organizacional (entrada) le agregan valor a este (generan una transformación) y suministran un producto (resultado) para un cliente interno o externo”.

Una Administración moderna es aquella que permanentemente se encuentra inmersa en procesos de mejora que permitan acercarla y hacerla más accesible al ciudadano¹⁵.

La Gestión por Procesos en la Administración Pública supone el paso de una visión “administrativa” a una visión “gestora” y un cambio cultural radical, que no es ni más ni menos que situar al ciudadano como eje fundamental de la prestación pública¹⁶.

La organización que se orienta a la excelencia, gestiona las actividades en términos de procesos. Dichos procesos deberán aportar cada vez más valor a los ciudadanos contemplados como destinatarios o clientes, así como a otros grupos de interés y estar siempre alineados con la misión, estrategia y objetivos estratégicos de la misma¹⁷.

Tal como define el Modelo EFQM la Excelencia, ésta pasa por ocho principios básicos entre los cuales ocupan un lugar fundamental tanto la orientación al cliente

¹³ Larousse Editorial, S.L (2007), Diccionario Manual de la Lengua Española.

¹⁴ Cardinale Y. (2005) Introducción a los sistemas concurrentes. Departamento de Computación y Tecnología de la Información.

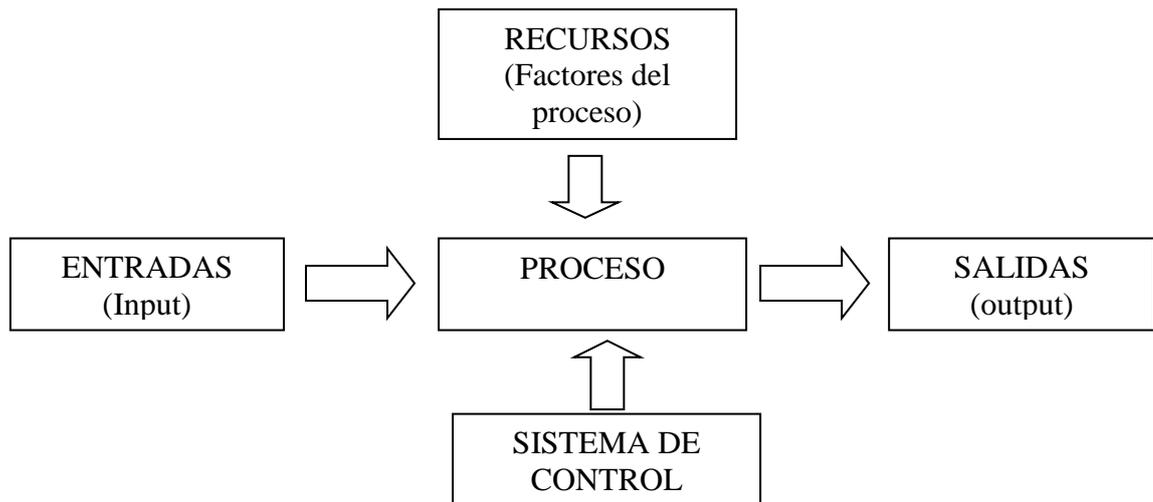
¹⁵ Harrington H. J. (1996). “Mejoramiento de los Procesos de la Empresa”. Serie McGraw Hill de Calidad Total. Tomo 4.

¹⁶ Herrera J. (2004). “Guía para la Gestión por Procesos”.

¹⁷ Junta de Castilla y León, (2000), “Calidad en la Administración Autonómica. Cinco experiencias en Castilla y León” Valladolid

como la gestión por procesos; ambos íntimamente relacionados ya que una organización excelente debe orientar sus procesos a satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes (tanto las presentes como las futuras que pudieran surgir), quienes son, en última instancia, los árbitros de la calidad del servicio/producto.

Gráfico N° 2.1. REPRESENTACIÓN DE UN PROCESO EN UN DIAGRAMA:



Fuente y elaboración a partir del concepto de la International Organizations for Standardization (2005)

De esta forma, puede entenderse la organización como un conjunto de procesos diseñados y puestos en marcha desde la visión externa, es decir, partiendo de la identificación de las diferentes tipologías de necesidades y expectativas, atendiendo a los diferentes grupos de ciudadanos, a las que se debe satisfacer en el marco del ejercicio de los principios de legalidad, eficacia, eficiencia y calidad del servicio en la actuación administrativa derivada de sus funciones. Cada uno de dichos procesos contempla una serie de actividades cuyo objetivo es ir adicionando sucesivamente valor a lo largo del proceso, de forma que se optimice el valor añadido aportado a cada tipología de ciudadanos, destinatarios últimos del proceso puesto en marcha¹⁸.

La gestión por procesos en la Administración Pública, supone situar al ciudadano como eje fundamental de la prestación pública. Ello significa el entender dicha

¹⁸Junta de Castilla y León.,(2001), “Tercer encuentro sobre Administración y calidad de los servicios”.

prestación como un servicio (o más bien una suma de servicios individuales) a un destinatario final (el ciudadano, usuario o no de los servicios), lo que implica contemplar con especial interés el último eslabón o escalón dentro de la relación directa con éste, constituyéndose en verdadero árbitro o juez en la evaluación de la idoneidad del correspondiente proceso desplegado¹⁹.

Continuando con la visión de fuera adentro, en la cadena de agentes que intervienen en el proceso de satisfacción del “cliente externo” o ciudadano, encontramos una serie de “clientes internos” que ostentan el papel tanto de clientes (receptores o destinatarios de una actividad) como de proveedores a su vez de un servicio al siguiente eslabón o escalón.

Define proceso como el “conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados”²⁰.

En el ámbito administrativo se entiende por **proceso** “la secuencia ordenada de actividades, incluidos los trámites de los procedimientos administrativos, interrelacionadas entre sí, precisas para dar respuesta o prestar servicio al ciudadano, como cliente, usuario o beneficiario de servicios o prestaciones” y que crean valor intrínseco para el cliente (interno y externo)²¹.

Los aspectos que caracterizan a los procesos son los siguientes:

Están orientados a:

- i. Obtener unos resultados.
- ii. Crear valor para los destinatarios (ciudadanos/clientes).
- iii. Dar respuesta a la misión de la organización.
- iv. Alinean los objetivos con las expectativas y necesidades de los ciudadanos/clientes.
- v. Muestran como se organizan los flujos de información, documentos y materiales.
- vi. Reflejan las relaciones con destinatarios (ciudadanos/clientes), proveedores y

¹⁹Junta de Castilla y León, (2000), “La Calidad en las Administraciones Públicas. Un reto en el siglo XX”.

²⁰International Organizations for Standardization (2005) – Traducción certificada. Norma Internacional ISO 9000: “Sistemas de gestión de calidad”.

²¹International Organizations for Standardization (2005) – Traducción certificada. Norma Internacional ISO 9000: “Sistemas de gestión de calidad”.

entre diferentes unidades (clientes internos) u otras organizaciones, mostrando cómo se desarrolla el trabajo.

- vii. Por lo general, son horizontales y atraviesan diferentes unidades funcionales de la organización.
- viii. Tienen un inicio y un final definidos.
- ix. Permiten la mejora continua, al disponer de un sistema de indicadores que posibilitan el seguimiento del rendimiento del proceso.

Los Agentes que intervienen directamente en el proceso o que tienen interés en el resultado del mismo, son los siguientes:

Clientes

Son los destinatarios del resultado del proceso o “output”. Los clientes podrán ser: **internos**, si pertenecen a la propia organización y **externos**, si son ajenos a la misma. El proceso deberá estar orientado a satisfacer los requerimientos de los clientes con respecto al output que se les entrega.

En una Administración Pública los clientes externos son todos los ciudadanos, tanto los que acuden a la misma en demanda de un determinado servicio, como los destinatarios de los mismos, o en su caso otros agentes interesados.

Los clientes internos son los agentes o personas de la administración, ya sean funcionarios o laborales destinatarios del output de alguno de los procesos de la organización.

Proveedores

Son las funciones de la organización o personas que aportan input al proceso. Al igual que los clientes, podrán ser proveedores internos o externos.

Responsable o propietario del proceso

Es la persona responsable del proceso y que, por lo tanto, se encarga de controlar el buen funcionamiento del mismo, realizando un seguimiento de los indicadores que conforman el sistema de control y verificando que se alcanzan los resultados objetivo (en términos de eficacia, eficiencia, calidad) y procurando

lamejora continua del proceso, para lo cual llevará a cabo las modificaciones necesarias.

Otros agentes implicados

Todos aquellos agentes, a excepción de los clientes, proveedores y los propietarios del proceso, que tienen un interés económico o de otra índole en las actividades y en el rendimiento de los procesos de la organización, y que, por tanto, se ven afectados por los resultados de los mismos.

Un proceso está formado de los siguientes elementos²²

Entrada, “insumo” que responda al estándar o criterio de aceptación definido y que proviene de un proveedor

Recursos y estructuras, para transformar el insumo de la entrada

Un producto, “salida” que representa algo de valor, para el cliente interno o externo

Sistema de medidas y de control de su funcionamiento

Limites (Condiciones de frontera), y conexiones con otros procesos claros y definidos.

No existe un estándar sobre clasificación de procesos, se presenta lo que se considera más extendido y cercano a las ideas de los investigadores

Procesos de Gestión

Son denominados procesos de liderazgo o de staff, son los procesos estratégicos de la organización que establecen las bases para el correcto funcionamiento y control de la organización, proveen de información al resto de los procesos para elaborar planes de mejora

Ejemplos de procesos de gestión, pueden ser: La gestión por procesos, la mejora continua, la satisfacción del cliente, los procesos de medición de la salud del sistema de gestión, los objetivos y políticas globales de la organización

²²Fernández, M.A.(1996). “El Control, Fundamento de la Gestión por Procesos y la Calidad Total”. ESIC Editorial

Procesos operativos

Son los responsables de lograr los objetivos de la empresa, la razón de ser de la organización, sin los cuales esta no tendría sentido, consisten en transformar los recursos en el producto/servicio aportándoles valor, es decir, conforme a los requisitos del cliente tanto interno como externo.

Ejemplos de procesos operativos pueden ser: el proceso productivo, el proceso logístico, el proceso de compras, el proceso de ventas.

Procesos de apoyo

Proporcionan los recursos al resto de procesos según los requisitos de éstos.

Ejemplos de procesos de apoyo pueden ser, la gestión financiera, mantenimiento de infraestructuras, gestión de proveedores (no confundir con gestión de compras), la política de formación, la gestión de personal.

Podemos tomar como base esta clasificación de procesos, pero la decisión de donde encuadrarlos va a depender del tipo de organización y sobre todo de los objetivos estratégicos de la organización, por ejemplo, para algunos el proceso de compras, será un proceso operativo, para otros un proceso de apoyo y para otros simplemente no existirá. No olvidemos nunca que los procesos, como todos los componentes de la gestión, son una herramienta para lograr los objetivos estratégicos de una organización y no un fin en si mismos, han de aportar valor.

La gestión basada en los procesos, es una herramienta que, en su aplicación, debe generar un cambio en la filosofía y mentalidad de trabajo de las organizaciones. En la práctica, no es importante a que área, departamento o función pertenezcan los implicados en un proceso. Ya que todos son corresponsables de sus resultados, independientemente de su asignación funcional. Esto genera una visión amplia de lo que se realiza en la organización.

Además, la gestión por procesos implica el control de los mismos, es decir, que se pueden establecer mecanismos capaces de predecir el resultado de los procesos que se están llevando a cabo, para asegurar la calidad de lo que hacemos a nuestros clientes.

2.1.2 Calidad de atención

Según la Organización Mundial de la Salud, define la Calidad de atención en Salud a los altos niveles de excelencia profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción del paciente, y la valoración del impacto final en la Salud. “Es la capacidad de que un producto consiga el objetivo deseado al costo mas bajo posible”²³.

Calidad de atención en servicios de salud

La calidad del servicio se ha convertido en un área de especial interés en las dos últimas décadas, debido a su impacto en los negocios, la reducción de los costos, la lealtad del cliente y la rentabilidad²⁴.

Los servicios de Salud en el Perú no han sido ajenos a esta tendencia, ya que el auge del modelo de competencia administrada, que entrega a las fuerzas del mercado la administración de los servicios de salud, obliga a los proveedores locales a competir por calidad, precio y satisfacción del consumidor, como medios para obtener beneficios y permanecer en el mercado²⁵.

La calidad en la atención es un factor crítico, al punto que se fija para los proveedores de salud la obligación de establecer mecanismos para medirla, que respondan de forma efectiva a las metas en salud y al desafío de la competitividad²⁶; estos desafíos se deben atender considerando los aspectos técnicos y funcionales propios de los servicios de salud²⁷, luego de haberse creado sistemas excluyentes, en los cuales el precio pagado determina el acceso a los servicios por los usuarios y la continuidad de las organizaciones en el mercado.

Para el afianzamiento de las organizaciones de salud en el mercado son pilares fundamentales aspectos como la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios, estos elementos deben observarse, debido a que en la búsqueda de

²³ Presidencia del Consejo de Ministros (2011), Decreto de Urgencia. N° 058-2011.

²⁴ Guru C. (2003) Tailoring e_service quality through CRM. *Managing Service Quality*, 13(6), 520-531

²⁵ Guzmán, M. P. (2005). Impacto de la introducción de los mecanismos del mercado en la atención sanitaria. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 65-78

²⁶ Roldan, P.; Vargas, R .P.; Giraldo, C.P.; Valencia, G. E.; García, C. L. y Salamanca L. M. (2001). Evaluación de la calidad en atención en salud: un estudio de caso. *Revista Colombia Medica* 14 – 18.

²⁷ Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches its assessment*. Ant Arbor, MI: Health Administration Press.

rentabilidad por parte de las organizaciones de salud las ha llevado a adoptar un enfoque de calidad, que si bien es cierto garantiza el éxito en el mercado de las empresas, relega en un segundo plano la calidad técnica, debido a que utiliza estos aspectos como elementos distractores, que ocultan las fallas de las instalaciones de salud en la prestación de servicios de calidad en forma más eficiente y equitativa²⁸.

Los servicios de salud son los prestados por médicos, odontólogos, enfermeras y el resto de personal de salud de hospitales, consultorios y clínicas, con el propósito de conservar o restablecer la salud. Estos se dividen en dos categorías: los preventivos, destinados a mantener la salud del individuo, y los curativos y de rehabilitación, cuya finalidad es devolver la salud a los enfermos o incapacitados²⁹.

En el Perú, la atención en salud se define como los servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población, catalogando como prestadoras de servicios de salud a las instituciones prestadoras de servicios (IPSS), a los profesionales independientes de salud, a los servicios de transporte especial de paciente y a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura. La demanda de los servicios de salud tiene particularidades que deben ser observadas para comprender su esencia:

El servicio de salud responde a una necesidad de los individuos, mas que a los propios deseos de tener más o mejor salud, por esto cada persona debe recibir tantos cuidados médicos como necesidades tenga, y no tantos como esté dispuesto a pagar³⁰.

La incertidumbre afecta al mercado: los pacientes desconocen el resultado de sus enfermedades sin la ayuda de los médicos, y éstos no pueden predecir con toda

²⁸Castañó, R. A. (2005). Estado, mercado y análisis económico: ¿complementarios o sustitutos? Revista Gerencia y Políticas de Salud, 79 – 90.

²⁹ Kerr, M. and Tran tow, D. J. (1969), “Defining measuring and assessing the quality of health services. Public Health Reports”, 415 – 424.

³⁰Agudel, H. B. (2006). Encuesta poblacional de salud, condiciones de vida y demanda en salud municipio de enviguado. http://guajiros, udea.edu.co//demografiaysalu/Pagina_Web_EPS/problemas_salud.html

certeza los resultados de un tratamiento³¹.

En los mercados de servicios de salud existe una gran asimetría de información, que genera dos consecuencias : (a) el consumidor es totalmente dependiente de los médicos³²; y (b) no permite que la calidad del producto sea observable completamente para el consumidor³³.

El sistema posee elementos distorsionantes (como financiamiento y subsidios del gobierno) que limitan en el usuario y en el médico las consideraciones con respecto al costo de sus actividades³⁴.

Contrario a lo que ocurre en los demás servicios en lo referente al intercambio comercial, raramente el individuo recibe de forma inmediata la retribución por el consumo del servicio³⁵. Además, en la atención médica no se conoce el gasto que debe realizarse, debido a la ocurrencia probabilística de la enfermedad y a la variabilidad de su gravedad, los tratamientos disponibles y su eficacia³⁶.

La calidad técnica de los servicios de salud es difícil de observar³⁷. Este hecho contribuye a la dificultad de medir su calidad; situación que se afianza dada la intangibilidad, heterogeneidad, perecibilidad e inseparabilidad de los servicios de salud.

Calidad del servicio en servicios de salud

En 1972, Levitt propone aplicar a la producción de los servicios definiciones y técnicas de control de calidad similares a los de la manufactura. A este enfoque de la calidad se le conoce como calidad objetiva, que se refiere a la superioridad medible y verificable del servicio frente a un ideal estándar³⁸. Esta intención de industrializar los servicios, por ajuste de su calidad al cumplimiento de ciertas especificaciones, es cuestionada por Shostack (1977), quien considera que las

³¹ Iñiguez, A. (2005). Economía de la salud./ [Webcalidad.org/articulos/eco_de_salud.html](http://www.Webcalidad.org/articulos/eco_de_salud.html)

³² Arredondo A. y Recaman, A.L. (2002) Oferta vs. Demanda: algunos aspectos a considerar para el estudio de mercado en salud. *Hitos de Ciencias económicas y administrativas*, 20, 42 - 47.

³³ Castaño, R. A. (2005). Estado, mercado y análisis económico: ¿complementarios o sustitutos? *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4(8), 79 – 90.

³⁴ Iñiguez, A. (2005). Economía de la salud/ [http://www. Webcalidad.org/articulos/eco_de_salud.html](http://www.Webcalidad.org/articulos/eco_de_salud.html)

³⁵ Rothschild, M. L. (1999), Carrots, sticks, and promises: A conceptual framework for the management of public health and social issue behaviors. *Journal of Marketing*. 63 (4), 24 - 37

³⁶ Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review*. 53 (5), 941 - 973

³⁷ Castaño, R. A. (2005). Estado, mercado y análisis económico: ¿complementarios o sustitutos? *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4(8), 79 – 90.

³⁸ Zeithaml, V. (1988). Consumer perceptions of Price, quality, and value: A means. end model and synthesis of evidence. *Journal of Marketing*, 52 (3), 2 - 22

características especiales de éstos, y en particular su intangibilidad, dificultan la aplicación de este enfoque.

Un cambio en la visión objetiva de la calidad del servicio se gesta a partir de Gronroos (1982 y 1984), quien manifiesta que dada su inmaterialidad, los servicios requieren una activa interacción entre el comprador y el proveedor. Esta relación origina, el concepto de calidad de servicio percibida, que implica el juicio subjetivo del cliente sobre el servicio que recibe. Introducir la percepción conlleva formular el concepto de calidad del servicio desde la óptica del cliente³⁹

Zeithaml (1988) define la calidad como la superioridad o excelencia; por extensión, la calidad percibida se puede entender como el juicio de un consumidor acerca de la excelencia total o superioridad de un producto o servicio. Este concepto es diferente a la de la calidad objetiva, ya que vincula la perspectiva del consumidor / comprador; hace referencia a un nivel superior de abstracción, mas que a un atributo específico del producto o servicio; es una evaluación global similar, a una actitud relacionada pero no equivalente a la satisfacción, y corresponde a un juicio hecho usualmente dentro de un conjunto evocado por el consumidor.

Desde una perspectiva de la mercadotecnia, existe relativo consenso entre los investigadores acerca de que la concepción de la calidad del servicio debe ser personal y subjetiva, es decir debe considerar la percepción del cliente⁴⁰

La conceptualización y la medición de la calidad del servicio en salud se ha abordado, desde, por lo menos, dos enfoques: el primero nace con los trabajos de Donabedian (1980 y 1988), quien define la calidad en servicio de salud como la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos. Esta definición tiene una perspectiva técnica, y en ella los objetivos deseables se refieren a un apropiado estado de salud, y relega a un plano inferior la perspectiva de los pacientes en cuanto al servicio que se le presta.

El segundo enfoque sostiene que la percepción de un paciente sobre la prestación del servicio determina, en forma definitiva, su nivel de calidad. Esta definición es

³⁹Gil, I. (1995). La conceptualización y evaluación de la calidad de servicio al cliente percibida en el punto de venta. Madrid : Puzzle

⁴⁰ Gronroos C. (1984). A. service quality model and its marketing implications. European Journal of Marketing, 18, 36 -4.

consecuente con la reportada en la literatura sobre calidad del servicio y vincula una visión personal y subjetiva de ella⁴¹⁴².

La multidimensionalidad de la calidad del servicio está justificada teóricamente de forma amplia; no obstante, falta consenso respecto a sus dimensiones constitutivas⁴³. En consecuencia, son múltiples los trabajos teóricos y empíricos en diferentes contextos de servicios que reportan resultados diferentes en la composición del constructo.

El aporte con que mas ha contribuido la literatura de la mercadotecnia en cuanto a las dimensiones de la calidad del servicio y a su medición es el de Parasuraman et al. (1985), que identifica diez dimensiones que representan los criterios que utilizan los consumidores en el proceso de evaluación de la calidad en cualquier tipo de servicio: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, profesionalidad, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, comunicación y comprensión del cliente.

Posteriormente, Parasuraman et al. (1988), reagrupan los criterios de forma que solo quedan cinco dimensiones: elementos tangibles (apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, etc.), fiabilidad (habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa desde la primera vez), capacidad de respuesta (disposición de ayudar y servir rápidamente a los clientes), seguridad (habilidades y conocimientos de los empleados para inspirar credibilidad y confianza) y empatía (atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes).

La universalidad de estas dimensiones la cuestionan autores como Cronin y Taylor (1992) y Babakus y Mangold (1992), quienes sugieren que mientras para algunos servicios la composición del constructo puede ser compleja y multidimensional, para otros puede ser simple y unidimensional. Carman (1990) y Babakus y Boller (1992) consideran que la cantidad y la naturaleza de las dimensiones de la calidad del servicio tienen relación directa con el contexto

⁴¹ Gronroos C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18, 36 -4.

⁴² Vandamme, R. and Leunis, I. (1993). Development of a multiple – item scale for measuring hospital service quality. *International Journal of Service Industry Management*, 4 (3), 39 - 40

⁴³ Gil, I. (1995). *La conceptualización y evaluación de la calidad de servicio al cliente percibida en el punto de venta*. Madrid : Puzzle

analizado, lo cual hace necesario desarrollar metodologías de investigación cualitativa y cuantitativa, que descubren las dimensiones particulares para cada contexto⁴⁴.

A pesar de los desarrollos teóricos, subsiste para proveedores e investigadores del tema el desafío de desarrollar y comprender, cuales son las dimensiones claves que forman el constructo, para a partir de allí desarrollar instrumentos de medida válidos y fiables. Los resultados sobre las dimensiones de la calidad en los servicios de salud varían en contenido y cantidad según los autores, el enfoque, la metodología, el tiempo y el tipo de institución donde se realiza el estudio.

Coddington y Moore, presentan la empatía, el respeto y el cuidado como factores principales de calidad del servicio en salud desde la perspectiva del cliente. Bopp (1990) manifiesta que la percepción de los pacientes sobre la calidad esta mediada en mayor medida por lo que expresa el proveedor durante el encuentro de servicios, que por el desempeño técnico o profesional observado en éste.

Bowers, Swan y Koehler (1994) señalan la empatía, la confiabilidad, la urgencia en la prestación del servicio, la comunicación y el cuidado como determinantes de la calidad y satisfacción de los pacientes. Jun, Peterson y Zsidisin (1998) argumentan la existencia de once dimensiones de calidad del servicio en el cuidado de la salud: Elementos tangibles, confiabilidad, responsabilidad, competencia, cortesía, comunicación, accesibilidad, cuidado del paciente, resultados de los procedimientos, comprensión entre pacientes y médicos y colaboración sinérgica entre los elementos internos y externos del hospital para la prestación del servicio. Como lo demuestran los diversos trabajos y la literatura, no existe acuerdo sobre el número y la composición de las dimensiones de la calidad del servicio en el área de la salud; no obstante, la mayoría de los resultados propuestos parten de las dimensiones sugeridas inicialmente por Parasuraman et al. (1988). A pesar de que la generalidad de tales dimensiones se cuestionan, diversos trabajos en el área de salud las confirman. (Dean, 1999; Wong, 2002)

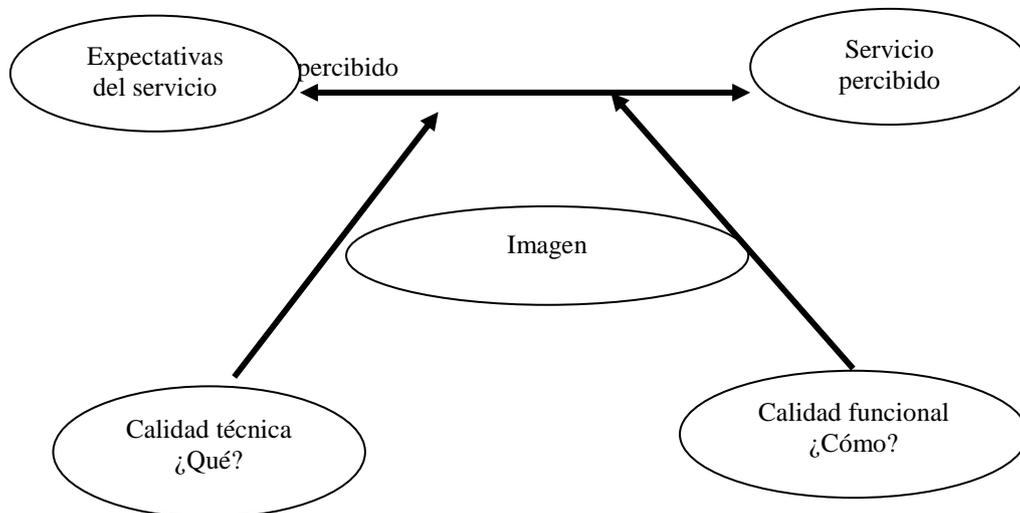
A pesar de que la calidad de servicio ha sido estudiada ampliamente en las

⁴⁴ Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing*, 66 (1), 33 - 35

investigaciones de gerencia (management) y mercadotecnia⁴⁵, no existe consenso en la forma como ésta se debe operar y medir.

La operacionalización y medición de la calidad del servicio ha sido abordado desde dos perspectivas. La primera se basa en el paradigma de la desconfirmación, que afirma que los clientes tienen expectativas antes de hacer uso de un producto o servicio que les permite anticipar el nivel de desempeño. La desconfirmación aparece como la discrepancia entre las expectativas previas y el nivel de desempeño actual (Churchill y Supremment, 1982). La segunda afirma que la calidad de servicio se debe medir solamente con las percepciones del consumidor (Carman, 1990; Cronin y Taylor, 1992; McDougall y Levesque, 1994; Brady y Cronin, 2001). La primera se refiere al “que”, la segunda es el “como” y la tercera es el resultado de como el consumidor percibe la firma a través del servicio que presta.

Gráfico2.2 MODELO NÓRDICO DE LA CALIDAD DEL SERVICIO



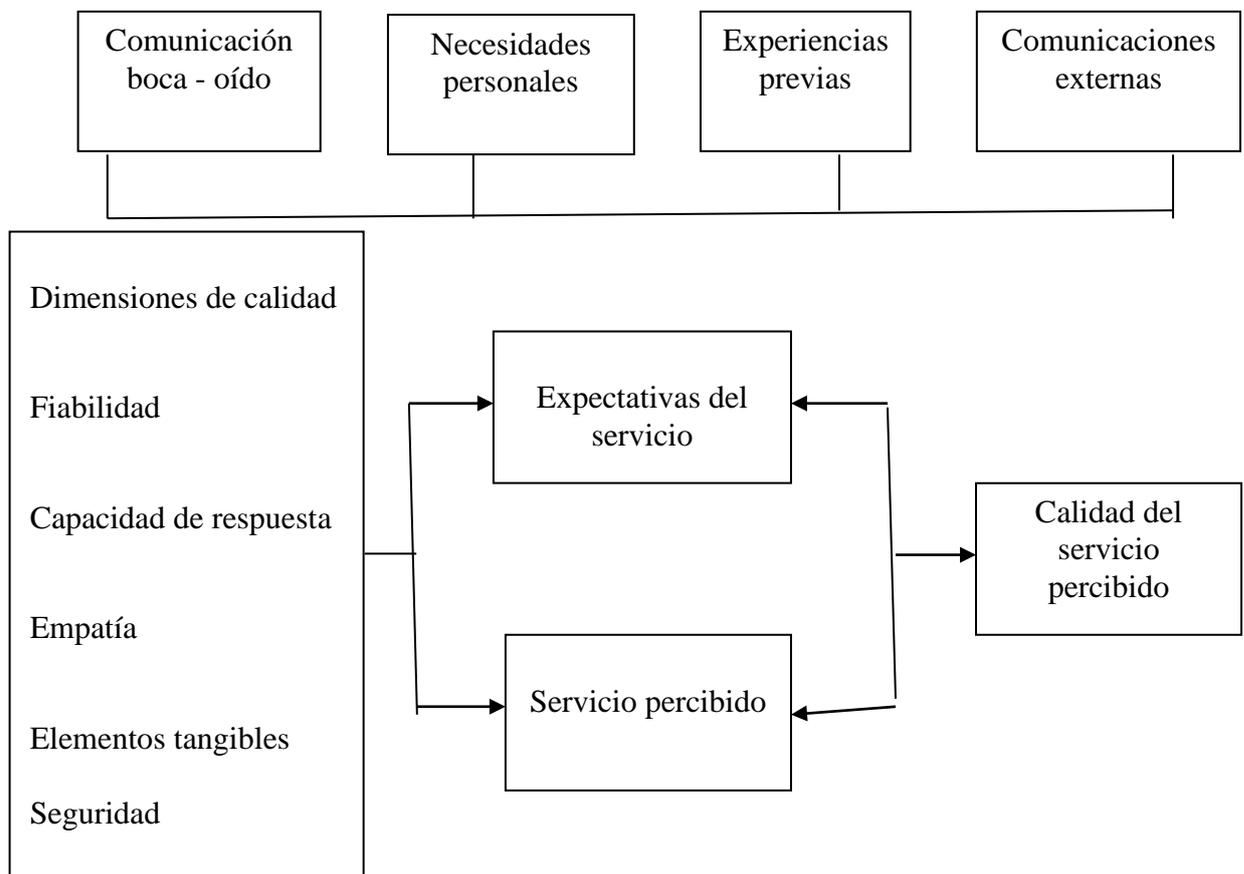
Fuente: elaboración a partir de Gronroos C. (1984, p. 40)

Los niveles de calidad aceptables se alcanzan cuando la calidad percibida

⁴⁵ Martinez, C. I. and Martinez, G. J. (2007). Measuring perceived service quality in urgent transport service. Journal of Retailing and Consumer Services, 14 (1), 60 - 72

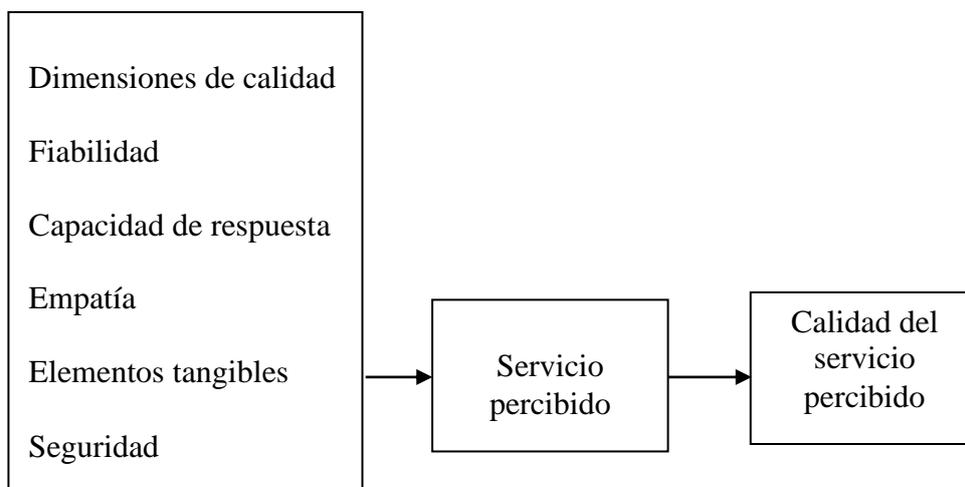
satisface las expectativas del cliente. Teniendo en consideración, el paradigma de la desconfirmación, Parasuraman et al. (1985 y 1988) proponen la escala SERVQUAL, según la cual la calidad del servicio tiene cinco dimensiones genéricas y es el resultado de la diferencia entre las expectativas de los clientes y sus percepciones sobre el servicio recibido (E – P). (Gráfico 2.2). El modelo vincula cuatro elementos formadores de expectativas: La comunicación boca – oído, las necesidades personales de los clientes, las experiencias previas del cliente y las comunicaciones externas de la firma. (Gráfico 2.3 y 2.4)

Gráfico N° 2.3. EVALUACIÓN DEL CLIENTE SOBRE LA CALIDAD DEL SERVICIO



Fuente: elaboración a partir de Parasuraman, Zeithand y Berry (1993, p. 26)

Gráfico2.4. MODELO SERVPERF DE CALIDAD DEL SERVICIO



Fuente: elaboración a partir de Parasuraman, Zeithand y Berry (1985 y 1993) y Cronin y Taylor (1992 y 1994)

En la actualidad, el enfoque de tipo gerencial de los sistemas de prestación de salud en el mundo, surge como una exigencia de la globalización y un mercado competitivo que busca mayor productividad y calidad. Este proceso de cambios ha originado que en los últimos años frecuentemente se utilice el término cliente o usuario como sustituto de paciente, dejándose de lado la relación médico-paciente que constituye el pilar primordial de todo acto médico.

En este proceso de mejoramiento de la calidad no han sido considerados dos elementos indispensables para ofrecer servicios de salud con calidad: el Espíritu y la Doctrina. En todo acto médico implica el intento científico de curar una enfermedad y el esfuerzo humano de cuidar a un paciente. El médico debe tener un sentido humano, impregnado de la técnica exquisita. En consecuencia para ser un buen médico se requiere de una calidad muy excelsa de vocación ligada a la ética. La medicina no debe ser jamás objeto de lucro, precepto que deriva de la necesidad de vocación⁴⁶. Gregorio Marañón expresa que: "la medicina tiene aspectos que lo colocan en el rango que de las actividades que exigen una vocación de superior categoría y para ser médico en teoría se requiere una calidad muy excelsa de vocación"⁴⁷

⁴⁶ Rocca, ED. (1995). Ética y praxis médica. Diagnóstico Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unánue; 34:26-28

⁴⁷ Ramírez Ramos (1885). . La faceta humana del médico: Diagnóstico. Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unánue 1995; 34:38

2.1.3 Evolución de la calidad en el campo de la salud

La Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, en relación a la evolución del concepto de calidad en el campo de la salud, señala que la calidad relacionada a los servicios de salud, ha tenido como base el desarrollo de la misma en el mundo industrial. Este proceso ha permitido adoptar determinados aspectos clave y relevantes aplicados a la práctica sanitaria. El cumplimiento de ciertas especificidades y la “Certificación” de quienes podrían practicar la medicina, data desde el primer siglo AC. En Europa del siglo XIX se determinaron estándares educativos, exámenes estatales y licenciamientos para todos los médicos. En USA el American College of Surgeons, compiló el primer conjunto de estándares mínimos en los servicios de salud, esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por el Joint Comisión on the Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones de Prestación de Salud). A partir de los ochenta, la medición de calidad en base a estándares cobra mayor importancia, las organizaciones de salud en USA comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Administración Total de la Calidad (TQM) la cual ya no significaba realizar la simple inspección sino de promover el análisis de los procesos y entorno relacionados a la producción de un bien o servicio, con ello incentivar el mejoramiento de la calidad. En 1991 el Reino Unido adoptó una política de salud de calidad y reconoció al PMC como la manera más rentable de ponerla en práctica.

2.1.4 Evaluación de la calidad en el campo de la salud

Iñiguez A. (2005)⁴⁸, refiere que: Un enfoque sistemático para la evaluación de la calidad se lo debemos a Avedis Donabedian, que propuso con fines eminentemente didácticos, la obtención de las medidas de la calidad para la estructura, proceso y resultado; obtenido en términos de salud. Afirma que estos términos no son dimensiones o atributos de la calidad asistencial si no, aproximaciones para evaluación de la calidad.

⁴⁸Iñiguez A. (2005), “Estructura, proceso y resultado”.

Cerezo P. (1997)⁴⁹, señala que, para evaluar la calidad de un servicio se utilizan técnicas como la entrevista a grupos de opinión, entrevista personal, encuestas, monitoreo por teléfono, grupo de quejas, comentarios, etc. Existen tres modelos que proponen que la calidad percibida de un servicio, es el resultado de una comparación, entre las expectativas del usuario y las cualidades del servicio, estos modelos son:

- i. El modelo de Passer, Olsen y Wyckoff (1978), considera que el consumidor traduce sus expectativas en atributos ligados tanto al servicio base (el porque de la existencia de la empresa) y a los servicios periféricos.
- ii. El modelo Gronross (1984), propone tres fases que determinan la calidad de un servicio, a) la calidad técnica, basada sobre las características inherentes al servicio (horario de apertura, rapidez de paso por caja, gran surtido, etc.). b) la calidad funcional, que es la forma en que el servicio es prestado. c) la imagen de la empresa que percibe el usuario, basada en sus experiencias pasadas (resultante de los anteriores factores).
- iii. El modelo Parasuraman, Zeithamly y Berry (1985), refiere que la calidad puede ser definida como la amplitud de la discrepancia o diferencia que exista entre las expectativas o deseos de los clientes y sus percepciones. Mientras las percepciones sean mejores que las expectativas, será más alto el nivel de calidad percibida del servicio; mientras las percepciones sean peores que las expectativas, será mas bajo el nivel de calidad percibida del servicio. Este modelo se encuadra en diez dimensiones potenciales: aspectos tangibles, confiabilidad, capacidad de respuesta, comunicación, credibilidad, reserva, competencia, cortesía, seguridad, accesibilidad, conocimiento del consumidor.

2.1.5 Nivel de satisfacción de pacientes (usuarios)

En la literatura académica sobre satisfacción en el campo de la sanidad se observa una clara tendencia a medir la satisfacción justo al finalizar la experiencia de servicio o antes de que la misma se haya completado totalmente, por lo que no suele ser habitual recurrir a una comparación entre expectativas previas del paciente y percepciones finales tras la prestación del servicio. Por ello,

⁴⁹Cerezo P. (1997), “Calidad del servicio como elemento estratégico par fidelizar al cliente”.

consideraremos la variable satisfacción, como un juicio emocional y cognitivo de la estancia en el servicio de urgencias, una vez finaliza la experiencia de servicio. Para ello, se elaboran una escala con 6 indicadores a partir de las escalas empleadas en trabajos previos (Brady y otros, 2002; Loureiro y Miranda, 2006).

En la mayoría de investigaciones previas se analiza el efecto indirecto de la calidad en la fidelidad a través de la satisfacción del cliente, sugiriendo un efecto positivo de la satisfacción sobre la fidelidad (Parasuraman y otros, 1988; Rust y Zahorik, 1993; Selnes, 1993; Oliver, 1999). Además, creemos que la satisfacción también influye indirectamente en la fidelidad a través de la variable confianza, tal y como sugieren varios autores (Loureiro y Miranda, 2006), ya que cuando el paciente está satisfecho con la prestación que recibe se genera un incremento de su confianza en ese servicio, lo que influirá en su posible recomendación a otros usuarios.

Existen muchas posiciones sobre las variables de calidad de atención y nivel de satisfacción del paciente. Ya que el análisis de la satisfacción se está utilizando como instrumentos para legitimar las diferentes reformas sanitarias, hay tres factores por lo que la satisfacción se considera medida importante en el resultado del proceso asistencial⁵⁰, primero, hay trabajos que demuestran que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y de la adhesión a la consulta y al proveedor de servicios, segundo lugar la satisfacción es un instrumento útil para evaluar las consultas y modelos de comunicación con éxito para informar e involucrar al paciente en la toma de decisiones sobre el tipo de atención y tercer lugar la opinión del paciente puede utilizarse para mejorar la organización de los servicios de salud.

En los contenidos del proceso asistencial relacionados con la satisfacción deben contener por lo menos tres dimensiones diferentes de la calidad de atención. (Caminal 2001)

- i. La ciencia de la medicina: Aspectos técnicos e instrumentales de la atención.
- ii. El arte de la asistencia: Aspectos comunicativos y

⁵⁰ Caminal, J (2001). La medida de la satisfacción: “Un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios”. Revista Calidad Asistencial 2001; 16. 276 - 279. Universidad Autónoma de Barcelona

iii. Las comodidades de la asistencia.

2.1.6 Instrumento SERVQUAL

A pesar que la calidad en los servicios de salud es un tema ampliamente tratado en la literatura desde hace más de 40 años, su definición, interpretación y evaluación continúa siendo polémica y compleja, debido a los múltiples factores involucrados en su constructo. La calidad de atención en organizaciones de servicios ha sido interpretada de múltiples formas. Para Joseph Juran, la calidad representa "aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias", "el cliente es quien define la calidad final del producto y debe ser establecida para satisfacer sus necesidades y expectativas", por tanto "la calidad se define en términos de quien la valora". A. Donabedian⁵¹, introduce el enfoque de estructura, proceso y resultado e interpreta la calidad como "una adecuación precisa de la atención a las necesidades particulares de cada caso". La concepción de calidad según Gronross C⁵², requiere de una activa interacción entre el comprador y el proveedor.

La satisfacción de los usuarios externos, que expresa un juicio de valor individual y subjetivo es el aspecto clave en la definición y valoración de la calidad, y es el indicador más usado para evaluar la calidad de atención en los servicios de salud y su medición se expresa en los niveles de satisfacción del usuario. Una característica fundamental de la calidad en los servicios, reconocida por muchos autores es su carácter multidimensional; aunque sin consenso respecto a las dimensiones que deben ser parte de su constructo.

¿Que es el instrumento SERVQUAL?⁵³, es la herramienta multidimensional más aceptada y utilizada para medir la calidad de atención en empresas de servicios, fue desarrollada por Zeithaml, Parasuraman y Berry, como uno de sus resultados obtenidos de una investigación iniciada en 1983, en Estados Unidos, con el apoyo de Marketing Science Institute de Cambridge, Massachussets, y fue validado en América Latina por Michelsen Consulting, con el apoyo del nuevo Instituto Latinoamericano de Calidad de Servicios, el estudio de validación

⁵¹Donabedian A. (1980). The definition of quality and approaches its assessment. Ant Arbor, MI: Health Administration Press

⁵²Gronroos C. (1984). A service quality model and its marketing implications. European Journal of Marketing, 18, 36 -4.

⁵³Carman, J.M. (1990) "Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimensions". Journal of Retailing, volumen 66 págs 33-55.

concluyó en 1992. Este instrumento permite obtener una calificación global del establecimiento, lo que desean los consumidores de ese establecimiento (beneficios ideales) y lo que encuentran los consumidores en el servicio (beneficios descriptivos); calcula brechas de insatisfacción específicas, ordena efectos de calidad, desde el más grave y urgente hasta el menos grave.

Babakus y Mangold, validaron un nuevo constructo del SERVQUAL para hospitales⁵⁴. En nuestro medio, el instrumento SERVQUAL ha sido ampliamente utilizado en diferentes servicios de salud aunque con resultados contradictorios, debido a que los estudios, no demuestran en su metodología el proceso de validación del nuevo constructo.

Las encuestas de satisfacción de usuarios externos, requieren de una serie de propiedades psicométricas que garanticen su fiabilidad y validez, por lo tanto, es necesario contar con encuestas validadas, confiables y de fácil aplicación para medir el nivel de satisfacción e identificar las principales causas de insatisfacción de los usuarios externos en servicios de salud y que permitan implementar acciones de mejora.

Por medio de esta investigación identificaron 5 dimensiones totales del funcionamiento del servicio: tangibles, confiabilidad, capacidad de respuesta y empatía. Chura F, en su estudio refiere que el fue adaptado para medir servicios de salud a nivel hospitalario por Babakus y Mangold, y puede utilizarse en los siguientes casos:

- i. Comparar las expectativas y percepciones de los clientes a través del tiempo; Comparar los resultados de SERVQUAL de una compañía con los resultados de la competencia;
- ii. Examinar segmentos de clientes con diferentes percepciones de calidad; Medir las percepciones de calidad de clientes internos con el fin de conocer las percepciones y expectativas de sus empleados; Conocer si los esfuerzos de la compañía están enfocados correctamente.

⁵⁴Babakus E, Mangold Wg. (1992), “Adaptación de la escala de SERVQUAL para servicios hospitalarios”.

Tabla 2.1.a ENCUESTA SERVQUAL ADAPTADA A LA CONSULTA EXTERNA

EXPECTATIVAS	PERCEPCIONES
1. Que el personal de informes, le oriente y explique de manera clara y adecuada sobre los pasos o tramites para la atención en consulta externa.	1. El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa
2. Que la consulta con el médico se realice en el horario programado	2. La consulta con el médico se realizo en el horario programado
3. Que su atención se realice respetando la programación y el orden de llegada del paciente	3. Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada
4. Que su historia clínica se encuentre disponible para su atención en el consultorio	4. Su historia clínica se encontró disponible en el consultorio para su atención
5. Que las citas se encuentren disponibles y se obtengan con facilidad	5. Las citas se encontraron disponibles y se obtuvieron con facilidad
6. Que la atención en caja o el modulo del Seguro Integral de Salud (SIS) sea rápida	6. La atención en caja o el modulo del Seguro Integral de Salud (SIS) fue rápida
7. Que la atención para tomarse análisis de laboratorio sea rápida	7. La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida
8. Que la atención para tomarse exámenes radiográficos sea rápida	8. La atención para tomarse exámenes radiográficos fue rápida
9. Que la atención en farmacia de consulta externa sea rápida	9. La atención en farmacia de consulta externa fue rápida
10. Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad	10. Durante su atención en el consultorio se respeto su privacidad
11. Que el médico le realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención	11. El médico le realizo un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motivo su atención

Fuente: Instrumento SERVQUAL (2005)

Tabla 2.1.b ENCUESTA SERVQUAL ADAPTADA A LA CONSULTA EXTERNA

EXPECTATIVAS	PERCEPCIONES
12. Que el médico le brinde el tiempo necesario para congetstar sus dudas sobre su problema de salud.	12. El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud.
13. Que el médico le inspire confianza.	13. El médico que le atendió le inspiró confianza
14. Que el personal de consulta externa le escuche atentamente y trate con amabilidad, respeto y paciencia	14. El personal de consulta externa lo escucho atentamente y trato con amabilidad, respeto y paciencia
15. Que el médico que le atenderá muestre interés en solucionar su problema de salud	15. El médico que lo atendió mostró interés en solucionar su problema de salud
16. Que el médico le explique a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención	16. El médico le explicó a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención
17. Que el médico le explique a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá, tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos	17. El médico le explicó a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá, tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos
18. Que el médico le explique a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizarán	18. El médico le explicó a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizaron
19. Que la señalización de la consulta externa (carteles, letreros y flechas) sean adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes	19. La señalización de la consulta externa (carteles, letreros y flechas) le parecen adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes
20. Que la consulta externa cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes	20. La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes

Fuente: Instrumento SERVQUAL (2005)

Tabla 2.1.c ENCUESTA SERVQUAL ADAPTADA A LA CONSULTA EXTERNA

EXPECTATIVAS	PERCEPCIONES
21. Que los consultorios cuenten con los equipos y materiales necesarios para su atención	21. Los consultorios contaron con los equipos y materiales necesarios para su atención
22. Que el consultorio y la sala de espera sean limpios, cómodos y acogedores	22. El consultorio y la sala de espera estuvieron limpios, cómodos y acogedores

Fuente: Instrumento SERVQUAL (2005)

2.1.7 Tecnología de la información

Entre los temas, que se necesita conocer para realizar la aplicación informática de arquitectura cliente-servidor para que administre la consulta externa de un Hospital Público:

- i.** Programación en Java con NetBeans.
- ii.** Principales temas de consulta externa de un Hospital Público.
- iii.** Principales temas de Bases de Datos de MySQL.

Los mismos que se detallan a continuación:

Programación en Java con NetBeans

NetBeans es un software libre con una gran aceptación en el público, su fundador es Sun Microsystems, el mismo que salió en junio 2000. NetBeans un producto libre y gratuito sin restricciones de utilización, es un entorno de desarrollo, una herramienta para programadores para escribir, compilar, corregir errores y para ejecutar programas, en su mayoría de los casos sirve para crear aplicaciones de escritorio para el uso comercial y no comercial.

Características de Java

Pueden mencionarse muchas características de Java, sin embargo para los propósitos del presente trabajo se presentarán las más fundamentales⁵⁵⁵⁶:

⁵⁵ Java H. (2014).

- i. Simple.
Se diseñó para ser parecido a C++ y así facilitar un rápido y fácil aprendizaje. Reduce un 50% los errores de P.O.O. en C y C++.
- ii. Orientado a Objetos.
Implementa la tecnología básica de C++ y cumple el objetivo de la simplicidad del lenguaje. Soporta sus características propias: encapsulación, herencia y polimorfismo.
- iii. Distribuido.
Tiene una colección de clases para su uso en aplicaciones de red, que permiten abrir sockets, facilitando así la creación de aplicaciones
- iv. Interpretado y compilado a la vez.
Es compilado en un código máquina. Se pueden ejecutar directamente sobre cualquier máquina a la cual se hayan portado el intérprete y el sistema de ejecución en tiempo real (run-time).
- v. Robusto.
Fue diseñado para crear software altamente fiable. Da comprobaciones en compilación y en tiempo de ejecución. No utiliza punteros y libera explícita de memoria. Implementa los arrays auténticos.
- vi. Seguro.
Dada la naturaleza distribuida de Java, donde las applets se bajan desde cualquier punto de la Red, la seguridad se impuso como una necesidad de vital importancia. Posee barreras de seguridad en el lenguaje y en el sistema de ejecución en tiempo real.
- vii. Indiferente a la arquitectura.
Está diseñado para soportar aplicaciones que serán ejecutadas en los más variados entornos de red, desde Unix a Windows Nt, pasando por Mac y estaciones de trabajo, sobre arquitecturas distintas y con sistemas operativos diversos.
- viii. Portable.
La indiferencia a la arquitectura representa sólo una parte de su portabilidad, se conocen como la Máquina Virtual Java (JVM).
- ix. Alto rendimiento – Mutihilo.

⁵⁶ KIRSH, C. (1999) .

Soporta sincronización de múltiples hilos de ejecución a nivel de lenguaje, especialmente útiles en la creación de aplicaciones de red distribuidas. Así, mientras un hilo se encarga de la comunicación, otro puede interactuar con el usuario mientras otro presenta una animación en pantalla y otro realiza cálculos.

x. Dinámico.

El lenguaje Java y su sistema de ejecución en tiempo real son dinámicos en la fase de enlazado.

xi. Produce applets.

Java puede ser usado para crear dos tipos de programas: aplicaciones independientes y applets. Las applets son pequeños programas que aparecen embebidos en las páginas Web.

Java, está comprobado que es muy efectivo para realizar aplicaciones corporativas, puesto que tiene varias ventajas tales como^{57, 58}:

i. Desarrollo rápido de aplicaciones.

En aplicaciones gráficos, se economiza tiempo puesto que su elaboración y su proceso es más corto que en otros lenguajes.

ii. Aplicaciones efectivas y eficientes.

Por ser una aplicación efectiva y clara es su funcionamiento, se mejora su manejo respectivo.

iii. Costes de desarrollo.

Por tener varias herramientas con NetBeans por ser gratuita, se mejoran los valores económicos.

Una herramienta útil en NetBeans, es la programación en forma gráfica con Java, las interfaces proporcionan un mecanismo para abstraer los métodos a un nivel superior, que contiene una colección de métodos de una clase como public, static y final⁵⁹

Principales temas de Bases de Datos de MySQL.

⁵⁷ Java Sun (2014).

⁵⁸De los Angeles J. (2003).

⁵⁹Inf. Pisuerga (2014).

Gestor de Base de Datos

Un Gestor de Base de Datos (GBD) es un programa que permite crear y mantener una Base de Datos, asegurando su integridad, confidencialidad y seguridad⁶⁰

Las funciones del Gestor de BD son:

- i. Interactuar con el gestor de ficheros: Traduce proposiciones DML a comandos del sistema de archivos. El gestor de ficheros asigna espacio en disco, localiza el fichero, lleva el control de los ficheros
- ii. Es responsable de conservar la integridad: Comprueba si los datos almacenados en la BD satisfacen las restricciones de integridad (consistencia).
- iii. Es responsable de garantizar la seguridad: Evita accesos indebidos.
- iv. Es responsable de respaldo y recuperación: Para evitar pérdidas de información el gestor GBD debe detectar fallos y restaurar la BD al estado que tenía antes de que ocurriera el fallo.
- v. Control de concurrencia: Cuando varios usuarios actualizan la BD de forma concurrente (a la vez) puede que no se conserve la consistencia de los datos, con lo cual el sistema debe controlar la interacción entre los usuarios.

Componentes de un Gestor de Base de Datos

Los principales componentes del gestor de la base de datos son los siguientes:

- i. Control de autorización. Este módulo comprueba que el usuario tiene los permisos necesarios para llevar a cabo la operación que solicita.
- ii. Procesador de comandos. Una vez que el sistema ha comprobado los permisos del usuario, se pasa el control al procesador de comandos.
- iii. Control de la integridad. Cuando una operación cambia los datos de la base de datos, este módulo debe comprobar que la operación a realizar satisface todas las restricciones de integridad necesarias.
- iv. Optimizador de consultas. Este módulo determina la estrategia óptima para la

⁶⁰Coronado J. (2005). "Guía de Sistema de Gestión de Bases de Datos II"

ejecución de las consultas.

Gestor de transacciones

Este módulo realiza el procesamiento de las transacciones. Planificador (Scheduler). Este módulo es el responsable de asegurar que las operaciones que se realizan concurrentemente sobre la base de datos tienen lugar sin conflictos.

Gestor de recuperación

Este módulo garantiza que la base de datos permanece en un estado consistente en caso de que se produzca algún fallo.

Gestor de buffers

Este módulo es el responsable de transferir los datos entre memoria principal y los dispositivos de almacenamiento secundario. A este módulo también se le denomina gestor de datos.

Lenguaje SQL

Lenguaje de Consulta Estructurado, para bases de datos relacionales, es mucho más que un lenguaje de consulta puesto que permite además funciones de definición y control de datos, la estandarización ha sido crucial para su difusión.

Las sentencias SQL tienen:

- i. Palabras reservadas, que forman parte del lenguaje
- ii. Palabras definidas por el usuario, tales como, nombres de bases de datos, tablas, atributos, etc.
- iii. Total independencia al escribir las sentencias
- iv. En SQL es indiferente escribir las palabras en mayúsculas o minúsculas, salvo para los literales
- v. Cada cláusula o palabra puede aparecer en líneas diferentes, lo que no se puede hacer es separar una misma palabra
- vi. Se puede utilizar la indentación que se quiera
- vii. Una sentencia o comando SQL finaliza con la aparición del símbolo.

Ventajas de MySQL

Pueden mencionarse varias ventajas de MySQL, sin embargo para los propósitos del presente trabajo se presentarán las más fundamentales⁶¹:

Se considera a MySQL como el sistema de bases de datos más completo que existe, destacando su:

Estructura cliente / servidor.

Soporte de transacciones.

Gran estabilidad.

Gran seguridad.

Escalabilidad.

Es multiplataforma.

Soporta PL/SQL.

Independencia de los datos respecto a su administración.

Reducción del espacio de almacenamiento, ya que se elimina la redundancia de los datos.

Roles de MySQL

Son un conjunto de privilegios que se asignan a los usuarios para trabajar en su entorno. Algunos roles, ya bien predeterminados tales como:

DBA: corresponde al superusuario, es el que tiene asignado implícitamente todos los privilegios del sistema y demás roles.

CONNECT: este rol se le asigna automáticamente a cada usuario que se cree en la base de datos. Quiere decir que tiene privilegios sobre sus objetos como conectarse a la base de datos y abrir una sesión, crear sus tablas, borrarlas y actualizarlas; pero no para otros usuarios

RESOURCE: este rol le posibilita al usuario tener un conjunto de privilegios de sistema un poco más avanzado que CONNECT como crear triggers, procedimientos, secuencias, etc.

EXP_FULL_DATABASE: este rol se asigna a usuarios para que puedan realizar backups de la base de datos.

IMP_FULL_DATABASE: este rol se asigna a usuarios para que puedan restaurar

⁶¹Tocarruncho, A. (2014), "Tutorial de MySQL", <http://www.zonaMySQL.com/manuales-tutoriales-MySQL/reports/>

backups.

Para crear un rol debemos identificar:

Nombre

Rol o Roles predeterminados

System Privilegios (privilegios del sistema)

Privilegios sobre objetos (Se refieren a las autorizaciones para los usuarios que desean manipular una base de datos de un Administrador).

Diseño del sistema

Para la presente elaboración de la investigación, se debe seguir el procedimiento que se recomienda en el Ciclo de Vida de desarrollo del Software en Cascada, explicado de la siguiente manera:

Análisis:En la presente investigación se seleccionó el tema para trabajar en la administración de consulta externa de un Hospital Público, determinándose algunos parámetros para la viabilidad y factibilidad del diseño del sistema..Además en esta etapa se aplicará entrevista a varios funcionarios del Hospitalpor lo que los resultados, servirán para aplicarlos en la elaboración del Sistema, entre la información recolectada en las entrevistas de la consulta externa, datos importantes del médico, paciente y turnos.Además lo que quiere es optimizar el ingreso y almacenamiento de datos, optimización de recursos en Consulta Externa en el Hospital.

Entre los requerimientos de los Hospitales para un Sistema Informático, es:

Ingreso al Sistema de forma segura.

Ingreso de Datos del Médico

.Ingreso de Datos del Paciente.

Ingreso de Datos del Responsable del Turno.

Ingreso de Datos del Turno.

Módulos a proponer

Módulo de Administración: Este módulo, controla los datos de Usuarios, Tipos de Usuarios y los de Responsables de los Turnos, como el área, datos generales y cargo.

Módulo de Utilidades: Este módulo posee utilidades como una calculadora básica, el reproductor de música y el juego de buscaminas, estos dos últimos son propios

de Windows.

Módulo de Médico: Este módulo controlará datos generales del médico, su especialidad y, su horario de trabajo en consulta externa.

Módulo de Paciente: Este módulo controlará datos generales del paciente.

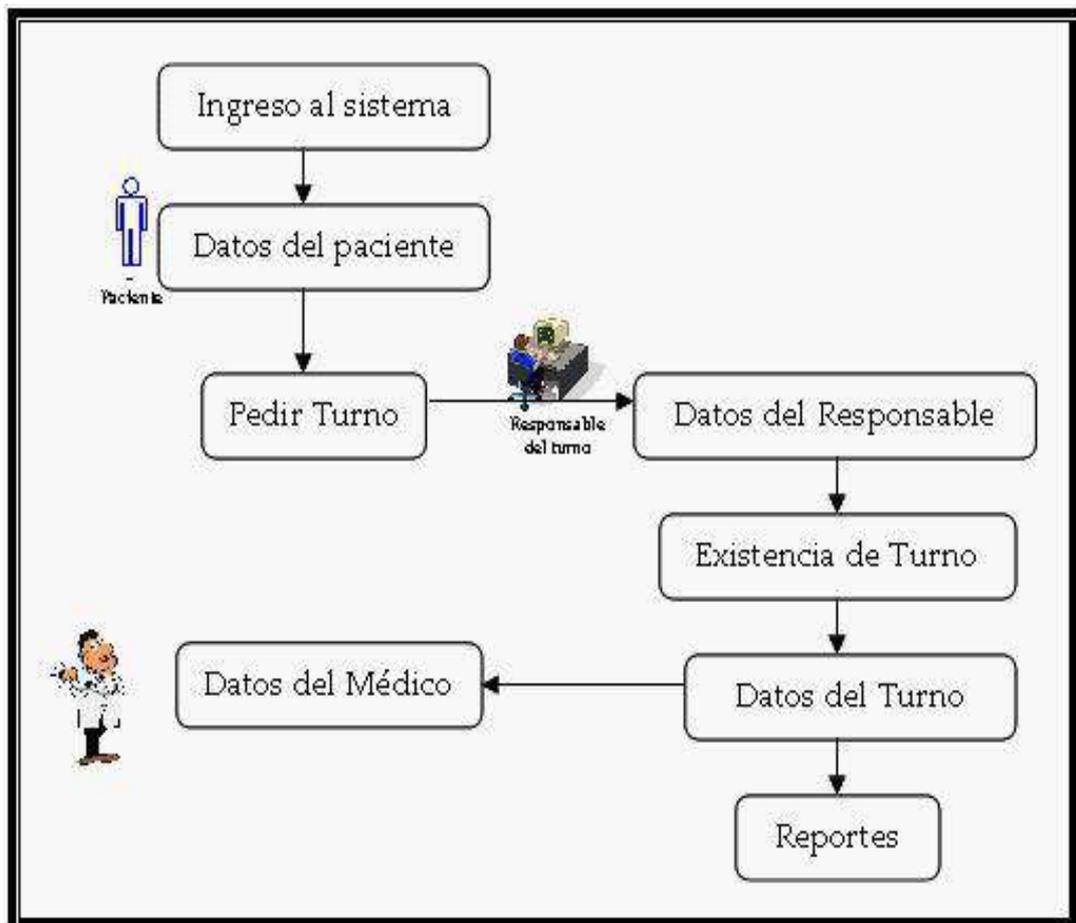
Módulo de Turno: Este módulo controlará datos generales del turno, influyendo los datos del médico, paciente y responsables del turno.

Módulo de Web: Este módulo le permitirá al usuario abrir el Internet Explorer.

Módulo de Acerca de: Este módulo le permitirá al usuario conocer los datos de Acerca del Sistema.

Módulo de Reportes: Este módulo le permitirá al usuario abrir reportes de todos los módulos anteriores.

GráficoN° 2.5. BOSQUEJO GENERAL DEL SISTEMA SERIAL



Fuente: Elaboración a partir de Coronado, Jenny,(2005). "Guía de Sistema de Gestión de Bases de Datos II

Diseño: En este punto se elaboraron Modelos Relacionales, Diagrama de Flujo, Modelos de Interfaces Estándar, de tal manera que facilite el entendimiento del usuario que maneje el sistema.

2.2 Gobierno electrónico

2.2.1 Ley N° 30024.- Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas. Publicada el 22 de mayo del 2013⁶²

Con la promulgación de esta norma, se da comienzo jurídicamente al desarrollo y aplicación de la informática en un documento de archivo que se incrementa paulatina e innecesariamente en los centros de salud, que permitirá el inmediato acceso a la información que en ella se maneja por parte del profesional de la salud para la realización del acto médico, mostrando sus bondades sobre todo por el fácil acceso y la reducción del volumen documental que se forma por la producción diaria de documentos en soporte de papel. Es importante anotar que no existen estudios que hubiera medido la satisfacción y su uso en hospitales peruanos, esto principalmente por no haber contado con una legislación de Historia Clínica (HC).

La presente Ley tiene por objeto crear el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas y establecer sus objetivos, administración, organización, implementación, confidencialidad y accesibilidad; cuya pre publicación del Proyecto de su Reglamento en la fecha se encuentra en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, a efecto de recibir las sugerencias y aportes de las entidades públicas o privadas y de la ciudadanía en general, durante el plazo de treinta (30) días calendario.

El Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas contiene una base de datos de filiación de cada persona con la relación de los establecimientos de salud y de los servicios médicos de apoyo que le han brindado atención de salud y generado una historia clínica electrónica. El Ministerio de Salud es el titular de dicha base de datos.

El citado registro permitirá que el paciente o su representante legal accedan a su información clínica en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo público, privado o mixto a nivel nacional, pues permite el intercambio continuo y oportuno de la información de las historias clínicas.

⁶²Congreso de la República (2013), Ley N° 30024.- Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.

El Ministerio de Salud conduce y regula el proceso de implementación del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, de acuerdo con la asignación presupuestal que se apruebe anualmente, en los pliegos involucrados, según corresponda y sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público. El Ministerio de Salud, los gobiernos regionales y los gobiernos locales promueven e implementan progresivamente, conforme a su disponibilidad presupuestal, el uso de la historia clínica electrónica en los establecimientos de salud y en los servicios médicos de apoyo de su jurisdicción.

Así mismo, se declara de interés nacional la implementación del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.

Esta iniciativa busca incentivar el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en el sector Salud como una herramienta para mejorar la calidad y oportunidad de atención al ciudadano y lograr de manera gradual que los establecimientos de salud cuenten con historias clínicas electrónicas.

La Ley N° 30024, en el Artículo 2° incide en el acceso a la información clínica contenida en la e-hc por los interesados, de acuerdo con la Ley 26842, Ley General de Salud. En el artículo 3° inciso k) la define de la siguiente manera: “Historia clínica electrónica. Historia clínica cuyo registro unificado y personal, multimedia, se encuentra contenido en una base de datos electrónica, registrada mediante programas de computación y refrendada con firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectúa en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confidencialidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normativa aprobada por el Ministerio de Salud, como órgano rector competente”.

i. Comisión Sectorial para la Elaboración del Reglamento del Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.

En el marco de la Ley No 30024 que crea el "Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas"⁶³

Como parte del proceso de reforma y modernización del sector, y con el

⁶³Congreso de la República (2013), Ley N° 30024.- Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas

propósito de contribuir al fortalecimiento de los sistemas de información en salud, el Ministerio de Salud (Minsa) conformó la Comisión Sectorial que se encargará de formular el proyecto de Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.

La Comisión Sectorial que fue creada mediante Resolución Ministerial N° 328-2013/MINSA, la misma que a la fecha se encuentran en la fase de elaboración del reglamento.

ii. Resolución Ministerial N° 726-2013/Minsa⁶⁴.

Artículo 1°.- Disponer que la Oficina General de Comunicaciones efectúe la pre publicación del Proyecto de Reglamento de la Ley N° 30024, Ley que Crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección electrónica de normas legales de documentos en consulta, a efecto de recibir las sugerencias y aportes de las entidades públicas o privadas y de la ciudadanía en general, durante el plazo de treinta (30) días calendario, a través del correo webmaster@minsa.gob.pe.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina General de Estadística e Informática, la recepción, procesamiento y sistematización de las sugerencias y comentarios que se presenten, a fin de elaborar el proyecto correspondiente

2.2.2 Ley General de Salud, 26842 establece sobre la Historia Clínica⁶⁵:

“Artículo 29o.- El acto médico debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado. La información mínima que debe contener la historia clínica se rige por el reglamento de la presente ley. El médico y el cirujano-dentista quedan obligados a proporcionar copia de la historia clínica al paciente en caso que éste o su representante lo solicite. El interesado asume el costo que supone el pedido”.

⁶⁴ Ministerio de Salud (2013), Resolución Ministerial N° 726-2013/Minsa, Pre publicación del Proyecto de reglamento de la Ley N° 30024, Ley que Crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.

⁶⁵ Congreso de la República (1997), Ley General de Salud 26842, sustento de la elaboración de la historia clínica.

2.2.3 Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud⁶⁶.

La Norma Técnica desarrolla el siguiente concepto de la HC: “Es el documento médico legal, que registra los datos, de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata de la atención que el médico u otros profesionales brindan al paciente.” La NT establece el archivamiento de las historias clínicas, el tipo de ellas, su estructura, cada uno de los documentos que debe contener según el tipo de atención y paciente, los procesos de su administración, entre los que se incluye: su organización y su manejo de archivo, su custodia y conservación, confidencialidad y acceso, depuración [eliminación] y la propiedad de la historia clínica.

2.2.4 Otras normas que tienen que ver con la Ley 30024

i. Reglamento de la ley 27310 Ley de Firmas y Certificados Digitales

DECRETO SUPREMON° 052-2008-PCM⁶⁷

Que, mediante la Ley N° 27269, modificada por la Ley N° 27310, se aprobó la Ley de Firmas y Certificados Digitales, que regula la utilización de la firma digital otorgándole la misma validez y eficacia jurídica que la firma manuscrita u otra análoga, estableciéndose los lineamientos generales respecto de los Prestadores de Servicios de Certificación Digital y la necesidad de contar con una Autoridad Administrativa Competente encargada de regular de manera más específica esta materia.

ii. Reglamento de la Ley N° 28612 - Ley que Norma el Uso, Adquisición y Adecuación del Software en la Administración Pública

DECRETO SUPREMON° 024-2006-PCM⁶⁸

Que, la Ley N° 28612 - Ley que norma el uso, adquisición y adecuación del software en la Administración Pública, tiene por objeto establecer las medidas

⁶⁶ Ministerio de Salud (2005), Dirección General de Salud de las personas Norma Técnica. N° 022-MINSA/DGSP-V.02

⁶⁷ Presidencia del Consejo de Ministros (2008), Decreto Supremo N° 052-2008-PCM, regula las firmas y certificados digitales.

⁶⁸ Presidencia del Consejo de Ministros (2006), Decreto Supremo N° 024-2006-PCM, regula el uso, adquisición y adecuación del software en la administración pública.

que permitan a la Administración Pública la contratación de licencias de software y servicios informáticos en condiciones de neutralidad, vigencia tecnológica, libre concurrencia y trato justo e igualitario de proveedores.

iii. Reglamento de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales.

DECRETO SUPREMON° 003-2013-JUS⁶⁹

Que, el artículo 2 numeral 6 de la Constitución Política del Perú señala que toda persona tiene derecho a que los servicios informáticos, computarizados o no, públicos o privados, no suministren informaciones que afecten la intimidad personal y familiar; Que, la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, tiene el objeto de garantizar el derecho fundamental a la protección de los datos personales, previsto en la Constitución Política del Perú; Que, el artículo 32 de la acotada Ley N° 29733, dispone que el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos asume la Autoridad Nacional de Protección de Datos Personales;

iv. Estrategia Nacional de Gobierno Electrónico Resolución MinisterialN° 274- 2006-PCM ⁷⁰

Que, mediante Ley N° 27658, Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, se declara al Estado Peruano en proceso de modernización en sus diferentes instancias, dependencias, entidades, organizaciones y procedimientos, con la finalidad de mejorar la gestión pública y contribuir en el fortalecimiento de un Estado moderno, descentralizado y con mayor participación del ciudadano.

2.3 Costo Beneficio de la aplicación de la plataforma de atención al paciente en el Hospital Nacional “Luis N. Saenz”.

La empresa transnacional INDRA, cuya sucursal en Perú, se denomina INDRA-PERU⁷¹, es una compañía global de tecnología, innovación y talento, la misma que

⁶⁹ Presidencia del Consejo de Ministros (2013), Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, regula la protección de datos personales.

⁷⁰ Presidencia del Consejo de Ministros (2006), Resolución Ministerial N° 274- 2006-PCM, regula el mejoramiento de la gestión pública a través del gobierno electrónico.

⁷¹INDRA PERU (2014).

ha incursionando en programas informáticos en los ámbitos de transporte y tráfico, energía e industria, administración pública y sanidad, finanzas seguros y defensa.

La compañía ha creado una Plataforma Integral de Salud, la cual contiene varios módulos, iniciándose desde el momento que el paciente apertura virtualmente su Historia Clínica, en ella se va a registrar todas las citas, los medicamentos recetados, hospitalizaciones, cirugías, archivo de imágenes y de pruebas de laboratorio, con toda esta información el galeno esta en capacidad de poder efectuar acciones preventivas en salvaguarda de la salud de los pacientes.

El Gerente⁷² indicó que el precio aproximado de la implementación de la Plataforma Integral es de S/. 48000000 (cuarenta y ocho millones de soles), en nuestro país tanto el Seguro Social así como el Ministerio de Salud, están completamente abocados a la implementación de esta nueva plataforma, en cuanto a la posible aplicación e instalación de esta Plataforma Integral en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú, se puede iniciar el proyecto con los tres subprocesos, materia de la presente investigación.

La plataforma integral tiene un valor aproximado de S/. 48000000 (cuarenta y ocho millones de soles) con esta cantidad se instala el programa, con los equipos correspondientes, mantenimiento permanente y capacitación al personal, además con una cobertura a nivel nacional, considerando que inicialmente se requiere atender los tres subprocesos (obtención de citas, historia clínica y prescripción de medicamentos), se puede implementar la base de la plataforma integral con los tres módulos tratados en el presente trabajo, con un costo aproximado de S/.2240000 (dos millones doscientos cuarenta mil soles), con un objetivo futuro de ir implementándose con la totalidad de bondades de la plataforma.

Además hay que considerar que el retorno de la inversión se apreciará en:

La prescripción electrónica, está orientada al control del gasto farmacéutico.

Las consultas primarias, debido a la implementación de recetas electrónicas.

Se reducen las pruebas y exámenes, al evitarse la duplicidad.

Ahorro en formatos de papel.

Se evita la suplantación de identidad.

⁷²Valenzuela R. (2014), Gerente del Mercado de Defensa de INDRA PERU, "costo de plataforma virtual". Véase anexo 17.

Se brinda mayor bienestar y comodidad a los usuarios.

Se reduce el número de personal administrativo.

2.4 Marco Conceptual

2.4.1 Proceso de atención en consulta externa

Actividad o grupo de actividades que emplean un insumo organizacional (entrada) le agregan valor a este (generan una transformación) y suministran un producto (resultado) para un cliente interno o externo, que se realiza en un hospital en lo referente a la atención médica en consulta externa, lo cual tiene que ver con las citas, la historia clínica y la prescripción

2.4.2. Asignación de Citas

Agenda de citas para pacientes en consultas médicas o reserva de turnos.

Este es un módulo que está integrado con otros sistemas. La Integración con nuevos procesos mejora las prestaciones, iniciando y compartiendo información con otros programas. El ingreso al sistema en otras versiones posteriores, se realiza mediante una verificación por el usuario y su password, de acuerdo al nivel de trabajo que tenga cada usuario del programa son las tareas que se puedan realizar. El mismo se encuentra preparado para funcionar en red, pudiendo dar turno con el mismo sistema desde varias terminales y al mismo tiempo tenerlo integrado con los demás programas del sistema. Lleva el registro de los turnos solicitados por los pacientes, permitiendo la cancelación, modificación y alta de turnos. Confeccionar los listados de atención de pacientes diarios, tanto por especialidad como así también por profesional. A partir de la cual se realizará la descripción del sistema:

Asignar turnos por médico o por prácticas o por especialidad médica.

Procedimientos principales del Sistema de Citas y módulos que lo integran:

Asignación de los turnos y recepción de prácticas y consultas de pacientes.

Registro de la Actividad de los usuarios

Funcionamiento del control calendario.

Generación de Listados.

Estadísticas de Turnos.

Búsqueda de Turnos asignados.

Tablas Complementarias.

Definición de Tablas de horarios

Web-Citas

El sistema permite la definición de agendas para los distintos recursos que se necesite planificar (éstos son configurables, es decir, se pueden definir como recursos aquellas tablas del sistema que así se consideren) de una manera gráfica o mediante la introducción de datos directamente en las fichas de definición. Esta misma utilidad se utiliza para la asignación de citas a los pacientes, agilizando el proceso.

Además de la citación normal, el sistema soporta la multicitación, mediante la cual es posible citar a un mismo paciente para diferentes agendas y prestaciones en un mismo día, o en días diferentes pero según los criterios introducidos por el usuario, y la citación repetitiva, mediante la cual es posible citar a un paciente para la misma agenda y prestación según la periodicidad definida por el usuario.

También existe una lista de espera y una gestión de solicitudes de consultas externas, donde se muestran las solicitudes realizadas al servicio y/o agenda para el que se está trabajando, pudiendo aceptarlas, rechazarlas o remitirlas. Las solicitudes aceptadas pueden ser citadas directamente.

Se contempla la captura de actividad de consultas externas por servicio, médico, agenda, lugar de consulta y/o rango de fechas. En dicha captura se permite la asociación de diagnósticos y procedimientos a la cita, así como la captura urgente de actividad no programada.

Reservación, programación, recordatorio y registro de cumplimiento (con seguimiento del tiempo de atención) de citas.

La programación de citas médicas se realiza en base a una planificación previa soportada en las agendas, bloques horarios y prestaciones.

Se establecen agendas por servicios y médicos con un riguroso control de los solapamientos. En las agendas se especifican los días de consulta y los horarios (bloques horarios), así como el número de primeras visitas a atender y el intervalo

entre las citas. La medida de visitas puede controlarse por el número de las mismas o por tiempo, a criterio de la organización sanitaria o del especialista. Por otra parte, en la definición de las agendas se indica si el proveedor sanitario requiere de la historia clínica completa o solamente alguno de sus dossiers. Otro aspecto importante es el referido a las prestaciones a efectuar, las cuales están registradas en tablas auxiliares permitiéndose todo tipo de explotaciones e informes posteriores. En lo referente al registro de cumplimiento, el aplicativo dispone de un módulo de captura de actividad (mencionado en varias partes de este documento) mediante el cual queda reflejado en el sistema desde la asistencia del paciente a la cita, a las prestaciones que se le han efectuado, diagnósticos, procedimientos, medicación, etc.

Códigos y tablas de: referencia, tipo de citas, frecuencia, período de espera para la cita por tipo de procedimiento, mensajes.

El sistema de citación se apoya en un conjunto de tablas auxiliares orientadas a flexibilizar al máximo las prestaciones y a posibilitar todo tipo de informes. Cabe destacar las siguientes:

- i. Espacio físico: Consultorios donde se prestarán los servicios sanitarios.
- ii. Prestaciones: Por ejemplo una primera visita, curas, visitas sucesivas. Para cada caso y especialidad se establece un tiempo estándar de atención. Asimismo se establecen los intervalos entre citas (tiempo que transcurre desde que sale un paciente de la consulta hasta que entra el siguiente).
- iii. Motivo de anulación de cita.
- iv. Motivos de fallo de cita.
- v. Resultado de la visita.

Se mantiene el control de los pacientes referenciados por otros especialistas desde el propio centro o desde centros distintos.

Acceso en línea e impreso de citas por paciente, proveedor, tipo de cita, por día, semana, mes, etc.

2.4.3 Historia clínica

Conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones

de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. La historia clínica es el conjunto de documentos relativos al proceso de asistencia y estado de salud de una persona realizado por un profesional sanitario. Es el fruto de la relación entre los profesionales de los servicios sanitarios y los usuarios, y es, sin duda, desde el punto de vista deontológico, el elemento esencial de la relación médico-paciente/persona⁷³.

2.4.4 Prescripción/dispensación de medicamentos

La Prescripción médica es el acto profesional del médico que consiste en recetar una determinada medicación o indicar un determinado tratamiento a un paciente, siendo la receta médica el documento legal por medio del cual los médicos legalmente capacitados prescriben la medicación al paciente para su dispensación por parte del farmacéutico, la prescripción es un proceso clínico individualizado y dinámico. A pesar de su carácter individual y único, los patrones de prescripción pueden ser fuertemente influenciados por determinantes sociales, culturales, económicas y/o promocionales. Es el documento que avala la dispensación bajo prescripción médica. La dispensación es el acto en que el farmacéutico entrega la medicación prescrita por el médico al paciente, junto a la información necesaria para su uso racional. Es un acto de responsabilidad profesional aislado en el tiempo, cuya sucesión en cada paciente puede generar un seguimiento farmacoterapéutico, descrito dentro de la atención farmacéutica⁷⁴

El farmacéutico es el encargado de proporcionar la medicación prescrita por el médico, cuando fuera necesaria receta médica; o aquella otra solicitada por el consumidor o usuario, cuando no se requiera receta médica, y si así lo considera oportuno y adecuando para el paciente

2.4.5 Calidad de atención

La Calidad es el Grado en el que un conjunto de características inherentes, cumple con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria⁷⁵; la Calidad de la atención médica es la propiedad que la atención

⁷³ Martínez-Hernández J. (2006), Historia clínica. Cuad Bioét.; XVII. Servicio de Medicina Intensiva/Hospital Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia).

⁷⁴ Barbero-Gonzales A; Pastor-Sánchez R; Del Arco Ortiz de Zárate J; Eyaralar Riera T y Espejo Guerrero J (2006), "Demanda de medicamentos de prescripción sin receta médica, pp 78-90.

⁷⁵ Organización Internacional de Normalización, ISO 9000 (2005), Norma Internacional: Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario (Traducción certificada).

médica puede poseer en grados variables, en cuanto a su estructura, proceso y resultados; repercute en la satisfacción del usuario⁷⁶; desde un enfoque médico-administrativo la Calidad de la Atención Médica es otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, las de los prestadores de servicios y las de la institución⁷⁷; así mismo es el grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones, aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y éstos son coherentes con los conocimientos profesionales del momento⁷⁸.

2.4.6. Limitaciones del sistema de atención en consulta externa

El proceso de atención en consulta externa, actualmente tiene limitaciones en cada uno de los subprocesos, en el caso de asignación de citas con tarjeta única, tiene mayor carga administrativa para el personal que labora en el hospital, se requiere mayor cantidad de personal para asignar citas a los pacientes, mayor pérdida de tiempo para el personal administrativo, falta control en la asignación de citas a los pacientes, no existe un orden de asignación y se atiende de acuerdo a la llegada; en cuanto a la gestión de historias clínicas, existe mayor cantidad de personal administrativo, pérdida de las historias clínicas por la excesiva manipulación, contaminación en el archivo por ácaros, deterioro de las historias por la excesiva manipulación; en la prescripción y dispensación de medicamentos, no existe un control en la dispensación de medicinas porque el paciente puede acudir a otro centro médico hospitalario para recibir los mismos medicamentos, el galeno no conoce de la existencia del stock de medicamentos en farmacia de SALUDPOL, no existe una cadena de suministro que permita conocer la necesidad de abastecimiento en la farmacia.

2.4.7 Nivel de satisfacción

Es el grado de Satisfacción del paciente con la atención médica: congruencia o acuerdo entre las expectativas de los pacientes con la atención y su percepción de la experiencia actual en las dimensiones de información, comprensión y cortesía

⁷⁶ Aguirre-Gas H (2005), "Calidad de la Atención Médica".

⁷⁷ Ibidem.

⁷⁸ Organización Mundial de la Salud OMS (2007), Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Ginebra: OMS.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Investigación

Por su finalidad es aplicada, porque resuelve problemas de naturaleza práctica, aplicando resultados establecidos

Por su alcance temporal es transversal, así como, seccional o sincrónica, porque estudia los fenómenos en un periodo de tiempo corto o en un momento específico

Según criterios y tipos de investigación que presenta Sierra Bravo (1988:32 – 37)

3.2. Nivel de Investigación

El nivel empleado es el descriptivo. Porque trata de encontrar una posible relación entre la variable independiente y la dependiente

3.3. Método de Investigación

El método principal es el método de Investigación científica y los auxiliares son el inductivo y deductivo, análisis y síntesis, observacional y estadístico

3.4. Diseño de Investigación

Descriptivo correlacional

Tabla 3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

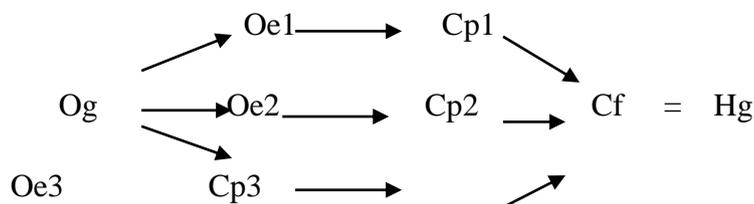
DISEÑO	CLASE	DIAGRAMA	SIGNIFICADO
Descriptivo	Descriptivo correlacional	<p>Diagrama de diseño de investigación descriptivo correlacional. Muestra una muestra (M) que se divide en dos subgrupos (Oy y Ox) a través de flechas. Una línea vertical con una 'r' indica la relación entre Oy y Ox.</p>	M → Muestra y, x, → Subíndices, observaciones r → Indica la posible relación entre las variables estudiadas

Fuente: Sierra Bravo R. (2007), "Técnicas de investigación Social Teoría y ejercicios", diseño de investigación, Décima edición, Editorial Paraninfo

Diseño por contrastación o diseño por objetivos, lo que quiere decir:

El objetivo general es el logro que se quiere alcanzar en la presente investigación, del cual se obtienen tres objetivos específicos, que son los logros para alcanzar el objetivo general; las conclusiones parciales son aquellos que indican, si se ha alcanzado este logro, siendo el como, el procedimiento estadístico empleado, lo que implica que si tenemos tres objetivos específicos, debemos obtener tres conclusiones parciales, las cuales nos dan una conclusión final, siendo el proceso de contrastación la igualdad entre esta conclusión final y la hipótesis general.

Gráfico N° 3.1 DISEÑO POR CONTRASTACIÓN O DISEÑO POR OBJETIVOS



Fuente: Sierra Bravo R. (2007), “Técnicas de investigación Social Teoría y ejercicios”, diseño de investigación.

3.5. Población

Nuestra población es el total de usuarios del hospital titulares y familiares, corresponde a 97430 usuarios del servicio de consulta externa de enero a mayo del año 2014, teniendo una media de 19486 usuarios por mes.⁷⁹

3.6. Muestra

Para determinar el tamaño de muestra a encuestar se emplea la siguiente fórmula de muestreo proporcional.⁸⁰

$$n = \frac{k^2 NPQ}{e^2 (N - 1) + k^2 PQ} \quad \text{donde:}$$

k = constante de 95% de confianza = 1,96

N = tamaño de la población a encuestar = 385

e = error de precisión = +/-0,05

⁷⁹ DIRSAL PNP (2014), Oficina de estadística del Hospital Nacional de Policía “Luis N Saenz”.

⁸⁰ Pedret, R. (2002), “La investigación comercial como soporte del Marketing”. Editorial DEUSTO. España.

P = porcentaje a favor de que los procesos influyen en la calidad del servicio = 50% = 0,50

Q = porcentaje no a favor de que los procesos influyen en la calidad del servicio = 50% = 0,50

n = tamaño de muestra a determinar

Se emplea P = 0,50 y Q = 0,50 porque se ha realizado una encuesta piloto previa.

$$n = \frac{(1,96^2) (19486) (0,50) (0,50)}{(0,05)^2 (19486-1) + 1,96^2 (0,50) (0,50)} = 385$$

Dándole una confiabilidad de 95% y 5 % de error, nuestra muestra es de 385 entre titulares y familiares. Se entrevista a ambos grupos para tener mayor objetividad en nuestros resultados

Tabla N°3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA ENCUESTADA

	Población	%	Muestra
Medicina General	7000	0,36	139
Traumatología	3300	0,17	65
Cirugía	2700	0,14	54
Oftalmología	2550	0,13	50
Otorrinolaringología	1270	0,07	27
Cardiología	1016	0,05	19
Urología	1050	0,05	19
Neumología	600	0,03	12
Total	19486		385

Fuente: DIRSAL PNP-HN PNP "Luis N. Sáenz" (2014) Oficina de Estadística

3.7 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Las técnicas presentadas en el presente trabajo de investigación serán el análisis documental, la observación directa y las entrevistas estructuradas y no estructuradas.

Como instrumento se emplearon:

Entrevistas no estructuradas aplicadas a los Jefes del Hospital

Guía de verificación. Observación participativa en el Hospital

Cuestionario aplicado a titulares y familiares que se atienden en el hospital

Para el procesamiento de datos se empleará:

La estadística descriptiva, para medir las medidas de centralización (media, moda, mediana, cuartiles) y las medidas de dispersión y variabilidad (la desviación estándar y varianza); así mismo la correlación de Pearson, la correlación de Spearman y Chi cuadrado

3.7. Confiabilidad y validez de los instrumentos a través de Alfa de Cronbach

El alfa de Cronbach es una medida de la consistencia interna de un instrumento, es decir es un coeficiente que sirve para determinar la confiabilidad de un instrumento, para medirla fiabilidad de una escala de medida y cuya denominación es ALFA, en la presente investigación es de 0,624.

El alfa de Cronbach es una medida de la consistencia interna del instrumento, se utilizó el cuestionario que contiene Proceso de atención en consulta externa y la Calidad de atención (SERVQUAL) en la presente investigación es de 0,624.

Por lo tanto se comprueba que la investigación es correlacional, por lo tanto relacionamos ambas variables.

Tabla N° 3.3 ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N° de elementos
0,624	0,641	61

Fuente y elaboración propia, véase tabla 5.10 y anexo 15

El mismo valor es para la validez, lo único que la validez total es el promedio de lo siguiente:

$$\text{Validez total} = (\text{Validez de contenido} + \text{Validez de criterio} + \text{Validez de constructo}) / 3$$

$$\text{Validez total} = (\text{Juicio de experto} + \text{Alfa de Cronbach} + \text{Análisis de Factores}) / 3$$

En la presente investigación, el juicio de expertos da la validez de contenido, el cuál es de 0,80 y la validez de criterio lo da el alfa de Cronbach que es 0,624 y por tanto, el valor obtenido será de 0,712

Por lo anterior el Instrumento empleado tiene validez y confiabilidad, tiene confiabilidad y validez. Según Herrera⁸¹

Tabla N° 3.4 NIVELES DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

RANGO	NIVEL DE CONFIABILIDAD/ NIVEL DE VALIDEZ
0,53 a menos	Confiabilidad nula / Validez nula
0,54 a 0,59	Confiabilidad baja /Validez baja
0,60 a 0,65	Confiable /Valida
0,66 a 0,71	Muy confiable /Muy valida
0,72 a 0,99	Excelente confiabilidad /Excelente validez
1,0	Confiabilidad perfecta/ Validez perfecta

Fuente: Sierra Bravo (2007), técnicas de investigación social

3.9 Prueba de Kolmogorov – Smirnov

Al nivel de significación también se le denomina significación asintótica (bilateral) , que es lo que empleamos.

⁸¹Kerlinger F. (2002), “Como planificar el desarrollo de una investigación”.

Comprobamos en esta prueba el nivel de significación, si el nivel de significación es menor que 0,05 la distribución no es normal, si es mayor que 0,05 la distribución es normal.

En este caso la distribución no es normal (nivel de significación 0,000), lo que indica que no se debe emplear Z normal, ni t de student.

3.10. Prueba de Friedman

En estadística la prueba de Friedman es una prueba no paramétrica desarrollado por el economista Milton Friedman. Equivalente a la prueba ANOVA para medidas repetidas en la versión no paramétrica, el método consiste en ordenar los datos por filas o bloques, reemplazándolos por su respectivo orden. Al ordenarlos, debemos considerar la existencia de datos idénticos.

CAPÍTULO IV

HOSPITAL NACIONAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ “LUIS N. SÁENZ”.

4.1. Dirección de Salud Policial (DIRSAL – PNP)

La Dirección de salud de la PNP, es un órgano de apoyo de la Policía Nacional del Perú y depende orgánicamente de la Dirección General de la PNP. Está encargada de los servicios de salud policial fomentando los deberes y respetando los derechos de la Familia Policial. Tiene como filosofía, la vocación de servicio hacia todo integrante de la Policía Nacional, a sus familiares con derecho y a la comunidad. Para ello, despliega diariamente sus mejores conocimientos y habilidades profesionales, con el fin de elevar el nivel de la salud de la Institución en todos los lugares del Perú donde se encuentre un integrante de la Institución Policial. La Dirección de Salud, tiene como misión promover estilos de vida saludables, disminuir los riesgos inherentes al trabajo policial, ofrecer atención recuperativa con recursos humanos calificados y comprometidos con la Institución, utilizando tecnología moderna y especializada, que garanticen servicios de salud integrales con calidad, equidad y calidez que satisfagan las necesidades y requerimientos del personal policial, familiares con derecho y con participación activa en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud⁸².

4.2. Aspecto Presupuestario.

La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional del Perú presupuestalmente se encuentra considerada como la Unidad Ejecutora 020-1067, en el Pliego 007 Ministerio del Interior, Sector 07 Interior, del Nivel Gobierno Nacional⁸³.

De conformidad a la información publicada en el portal de transparencia del Ministerio de Economía y Finanzas se puede apreciar que la DIRSAL PNP durante el año 2013 tuvo un Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) de 21 millones setecientos setenta soles, habiendo sido modificado (PIM), en veintiocho

⁸²DIRSAL PNP (2014), Estado Mayor del Hospital Nacional PNP “Luis N. Saenz”, Manual de Organización y Funciones.

⁸³Ministerio de Economía y Finanzas (2014), Portal de Transparencia, consulta amigable, apps5.mineco.gob.pe.

millones cuatrocientos setenta y nueve mil cuatro soles, recibiendo un incremento de 6708934 (es decir el 30,8 % del monto inicial); de ese monto realizó una ejecución del 83,5% en el referido año. Por otro lado, en el presente año (2014) ha tenido un PIA de 26542947 siendo modificado en 44210788 (PIM), es decir, recibió un aumento de 17667841 (el 66,5 % del monto inicial) y se viene ejecutando en el primer y segundo trimestre del año en curso, la cantidad del 12,3%; realizando una ejecución por trimestres conforme se aprecia en la siguiente tabla:

**Tabla 4.1 GESTIÓN PRESUPUESTAL 2013-2014
(en soles)**

UNIDAD EJECUTORA	PIA	PIM	EJECUCION		AVANCE %
			ATENCIÓN DE COMPROMISO MENSUAL	GIRADO	
AÑO 2013					
O20-SANIDAD PNP	21770070	28479004	23776818	22835127	83,5
1er Trimestre				2483113	
2do Trimestre				3774635	
3er Trimestre				5291224	
4to Trimestre				11286156	
AÑO 2014					
O20-SANIDAD PNP	26542947	44210788	6440467	5404257	12,3
1er Trimestre				2 144 386	
2do Trimestre				3 359870	

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, (2013-2014), portal de transparencia-consulta amigable

Como se puede apreciar la DIRSAL PNP no ha sido eficiente en el gasto, puesto que ha dejado de ejecutar el 16,5% (diferencia del 100% menos el 83,5% ejecutado) del presupuesto asignado para el año 2013; y en la actualidad se estaría repitiendo similar cantidad de gastos de ejecución presupuestal en los dos primeros trimestres del año 2014.

Por otro lado, la Dirección Ejecutiva de Planificación y Presupuesto, dependiente de la Dirección Nacional de Gestión Institucional de la PNP en las tablas de información al público interno y externo⁸⁴ registra las siguientes cifras:

⁸⁴Prado Benigno (2014), "Ambito de Gestión Presupuestaria". Lima Perú.

**Tabla 4.2 GESTION PRESUPUESTARIA AF-2013
(en soles)**

UNIDAD EJECUTORA	PIM	EJECUCIÓN DEVENGADO ENE-DIC 2013	GIRADO	SALDO (PIM-DEV)	AVANCE % (PIM/DEV)
020-DIRSAL	28 479 004	23776818	22837916	4702186	83,49
TOTAL PNP	6181569975	6 070239486	6048287430	111330489	98,2

Fuente: Policía Nacional del Perú (2014), Dirección Nacional de Gestión Institucional – DEPP PNP.

Lo cual corrobora la información aparecida en el Portal de Transparencia del MEFC para el año 2013, pero además evidencia que frente a un 98,2% de ejecución presupuestal total de la Policía Nacional del Perú en el año 2013, la DIRSAL PNP sólo ejecutó el 83,49%, no estando por lo tanto a la par con los criterios de eficiencia, eficacia y economía que rigen la práctica presupuestaria del Sector Interior.

Dentro del mismo contexto y de conformidad a la información obtenida en la DIRSAL PNP⁸⁵, el presupuesto que es destinado para el Hospital Nacional Luis N. Saenz, tanto para el año 2013 como para el año 2014, se halla consignado en la actividad “Atención Médica Especializada en Salud” que aparece en el Portal de Transparencia del MEFC, y en la cual se registran las cantidades que se reproducen en la tabla 4.3 que se detalla:

**Tabla 4.3 GESTION PRESUPUESTAL DEL HN LNS 2013-2014
(en soles)**

ACTIVIDAD	PIA	PIM	EJECUCION		AVANCE %
			ATENCION DE COMPROMISO MENSUAL	GIRADO	
AÑO 2013 5000510: ATENCION ESPECIALIZADA DE LA SALUD	11053514	11280942	10058,163	10044,352	89,2
AÑO 2014 5000510: ATENCION ESPECIALIZADA DE LA SALUD	9236771	8973794	2814514	2230974	25,1

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, (2013-2014), portal de transparencia-consulta amigable.

⁸⁵DIRSAL PNP (2014), Oficina de Estadística del HN PNP “Luis N. Sáenz”, Departamento de presupuesto.

De tal forma que la mencionada tabla nos muestra que de lo asignado al HN Luís N. Sáenz para el año 2013, sólo se ejecutó el 89,2% (S/. 10044352); mientras que en el presente año (2014) se viene ejecutando el 25,1% (S/. 2230974).

Del análisis global se tiene que el HN Luís N Sáenz recibió, a nivel PIM, el 39,6% (11 280 942/ 28 479 004 - véase tabla 4.1 y 4.3) del presupuesto total asignado a la DIRSAL PNP para el año 2013; y que para el presente año 2014 recibe el 20,2% (8 973 794/ 44210788 - véase tabla 4.1 y 4.3) del presupuesto total asignado a la mencionada Dirección de Salud; lo cual evidencia una disminución real del presupuesto asignado al Hospital del orden del 19,4% (39,6% - 20,2%), que redundará negativamente en su actividad funcional. Cabe precisar que el referido nosocomio no es Unidad Ejecutora y por lo tanto no está a cargo de la administración y ejecución presupuestaria, pues la que se encuentra a cargo es la DIRSAL PNP, siendo responsable el Director Ejecutivo de Sanidad de la PNP⁸⁶.

4.3 Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”.

El Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis Nicasio Sáenz”, es un hospital de tercer nivel que depende técnica, funcional y normativamente de la Dirección de Salud de la Policía Nacional del Perú, así como también del Ministerio de Salud. Tiene por finalidad contribuir a mejorar el nivel de vida de la población policial.

El 03 de julio de 1922, se funda la Escuela de Policía señalando los nuevos rumbos de la Policía Moderna, entre 1922 y 1924 la atención médica se realizaba en los llamados Cuarteles de Seguridad con Médicos ad-honorem. El 4 de septiembre de 1924, por Resolución Suprema, se forma un “Servicio Médico”, a cargo de médicos civiles, siendo su primer Jefe el Dr. Julio R. Delgado, dependiendo de la Dirección del Cuerpo de Seguridad de la Guardia Civil. Estaba integrado por un Médico Jefe, dos Médicos auxiliares, un práctico auxiliar, dos enfermerías (Primer y Tercer Cuartel) y un Servicio Antivenéreo (Cuartel Cuarto). En el año 1928 se crea la Enfermería Central de la Policía en el Cuartel Guadalupe.

En el año 1933 cuando el Gobierno del General EP. Oscar Benavides ve por

⁸⁶Ministerio del Interior (2014), Resolución Ministerial N° 123-2014-IN/DGPP.

conveniente dotar a la Guardia Civil del Perú de aquel entonces, de un Hospital como compensación a la vida de sacrificio y abnegada dedicación de los efectivos policiales en el cumplimiento de sus funciones. Por aquellos tiempos el Coronel Médico Carlos Rospigliosi y Vigil logró la expedición de un Decreto Ley que autorizaba el uso de los fondos de llamada Retiro de Tropas, para la adquisición de un terreno de 29,340 metros cuadrados de la Testamentaria Canevaro, donde se construyó más adelante este Centro Hospitalario⁸⁷.

El 30 de agosto de 1937, conmemorando el día de la Ex Guardia Civil del Perú se colocó la primera piedra de lo que sería el Hospital Nacional de la Policía, acto al que asistió el Presidente de la República General EP. Oscar Benavides su Gabinete Ministerial y altos dignatarios de Estado y la Iglesia, posteriormente se concluyó la construcción del pabellón administrativo del nuevo hospital y se procedió al traslado de pacientes y mobiliario de la Enfermería Central ubicada en la Av. Los Incas, se habilitaron 250 camas, algunos consultorios y se designó como Director al Tnte. Crnl. SGP. Dr. Juan José Mostajo Vargas; siendo presidente Don Manuel Prado Ugarteche.⁸⁸

En 1948, se inició la construcción del pabellón de hospitalización en el gobierno de Manuel A. Odría, fue inaugurado el 02 de julio de 1959 siendo Presidente Constitucional del Perú el Dr. Manuel Prado Ugarteche (en su segundo período). El Coronel Médico Luís Nicasio Sáenz Carpio es nombrado Ministro de Salud en octubre de 1952, siendo por primera vez que un personal policial es honrado con una banda ministerial. La historia de la Dirección de Salud de la Policía Nacional del Perú está ligada al Hospital Nacional cuando en 1955, por la Ley del Congreso se confirmó la primera plaza de General para la Sanidad la misma que fue ocupada por el Coronel Luís N. Sáenz, cuyo nombre lleva este Hospital Nacional PNP.⁸⁹

El 10 de marzo de 1961 mediante decreto supremo, se estableció la autonomía técnico-administrativa del Hospital Nacional bajo la dirección del Coronel SGP Darío Acevedo Criado, que duró hasta el 03 de agosto de 1962. Con Decreto Ley N. 17153 del 22 de noviembre de 1968 se declaró en reorganización a la Sanidad de Gobierno y Policía, hoy Dirección de Salud, creándose la Subdirección

⁸⁷DIRSAL PNP-Estado Mayor del hospital "Luis N. Sáenz" (2014), Antecedentes Históricos.

⁸⁸ Ibidem.

⁸⁹ Ibidem.

Administrativa del Hospital Central de Policía al mando las Fuerzas Policiales. Posteriormente el 21 de agosto de 1972, se elaboró el nuevo Reglamento⁹⁰.

Por D. L. N° 24949 del 06 de diciembre de 1988, las Fuerzas Policiales conformadas por la Guardia Civil, Policía de Investigaciones y Guardia Republicana se integraron en lo que hoy es la Policía Nacional del Perú. Posteriormente, la Dirección de Salud es incluida en la estructura orgánica de la institución policial, como órgano de apoyo, mediante decreto Ley N°694 de fecha 05 de noviembre de 1991, siendo el Hospital Nacional el órgano de ejecución más importante de la Dirección de Salud de la PNP⁹¹.

En septiembre del 2002 se creó un módulo Pre Quirúrgico, (MOPRI), con la finalidad de agilizar los riesgos quirúrgicos de los pacientes, disminuyendo el tiempo en la realización de los procedimientos a 72 horas y reduciendo el tiempo de espera para la programación de las cirugías. Asimismo, se reubicó el Consultorio de Reumatología a un ambiente más amplio, se realizó la remodelación de los consultorios de Salud Mental y Dermatología, brindando mayor comodidad, calidad y calidez a los usuarios⁹².

4.3.1 Visión

El Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, se propone conseguir: La excelencia en la prestación de todos sus servicios mediante un proceso de mejora continua. Ser referente en la prestación de una atención sanitaria de calidad y Ser un organismo innovador, pionero en la adopción de nuevo avance tecnológico y adaptado a un entorno dinámico⁹³.

4.3.2 Misión

El Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”, tiene como misión brindar servicios de salud integral altamente especializado a la familia policial, contribuyendo al mejoramiento de su calidad de vida a través del desarrollo de actividades de Promoción y Prevención de la Salud, Tratamiento de la Enfermedad y

⁹⁰DIRSAL PNP-Estado Mayor del hospital “Luis N. Sáenz” (2014), Antecedentes Históricos

⁹¹Ibidem.

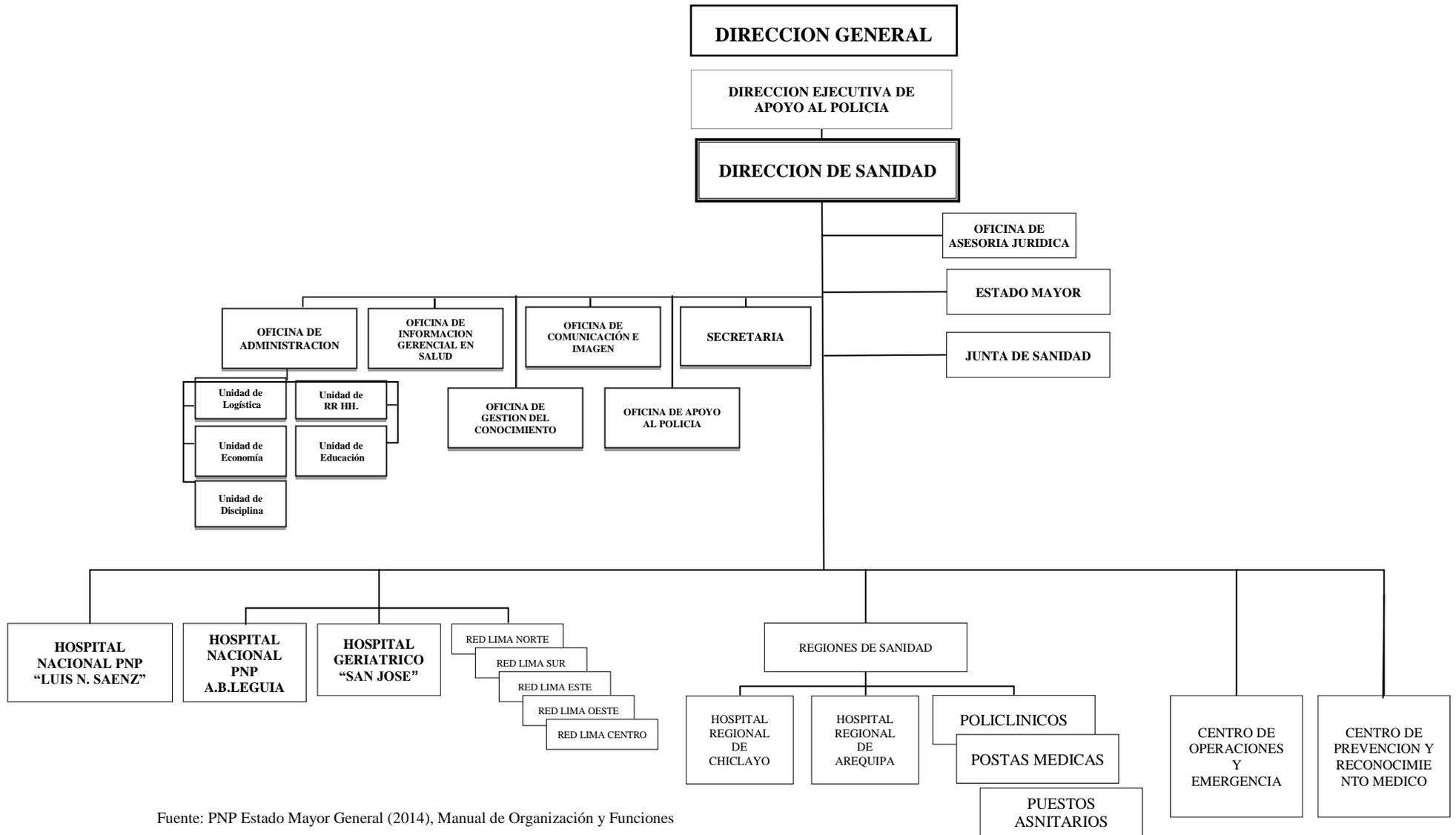
⁹²Ibidem.

⁹³DIRSAL PNP-Estado Mayor del Hospital Nacional PNP “Luis N. Saenz” (2013), Manual de Organización y Funciones.

Rehabilitación de sus secuelas;focalizando el uso de sus recursos con criterios Epidemiológicos y deSalud Pública, en un marco de equidad, solidaridad, universalidad eintegralidad. Así mismo desarrollar una permanente labor de proyección ala comunidad, participando en la Defensa Nacional y Desarrollo del País.⁹⁴

⁹⁴DIRSAL PNP-Estado Mayor del hospital “Luis N. Sáenz” (2014), Antecedentes Históricos.DIRSAL PNP-Estado Mayor del hospital “Luis N. Sáenz” (2014), Antecedentes Históricos

Gráfico 4.1 ORGANIZACIÓN



Fuente: PNP Estado Mayor General (2014), Manual de Organización y Funciones

4.3.3 Procesos del Hospital

Los Procesos administrativos del Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” están agrupados en tres macro procesos: la dirección administrativa, la atención médica y la dirección médica.

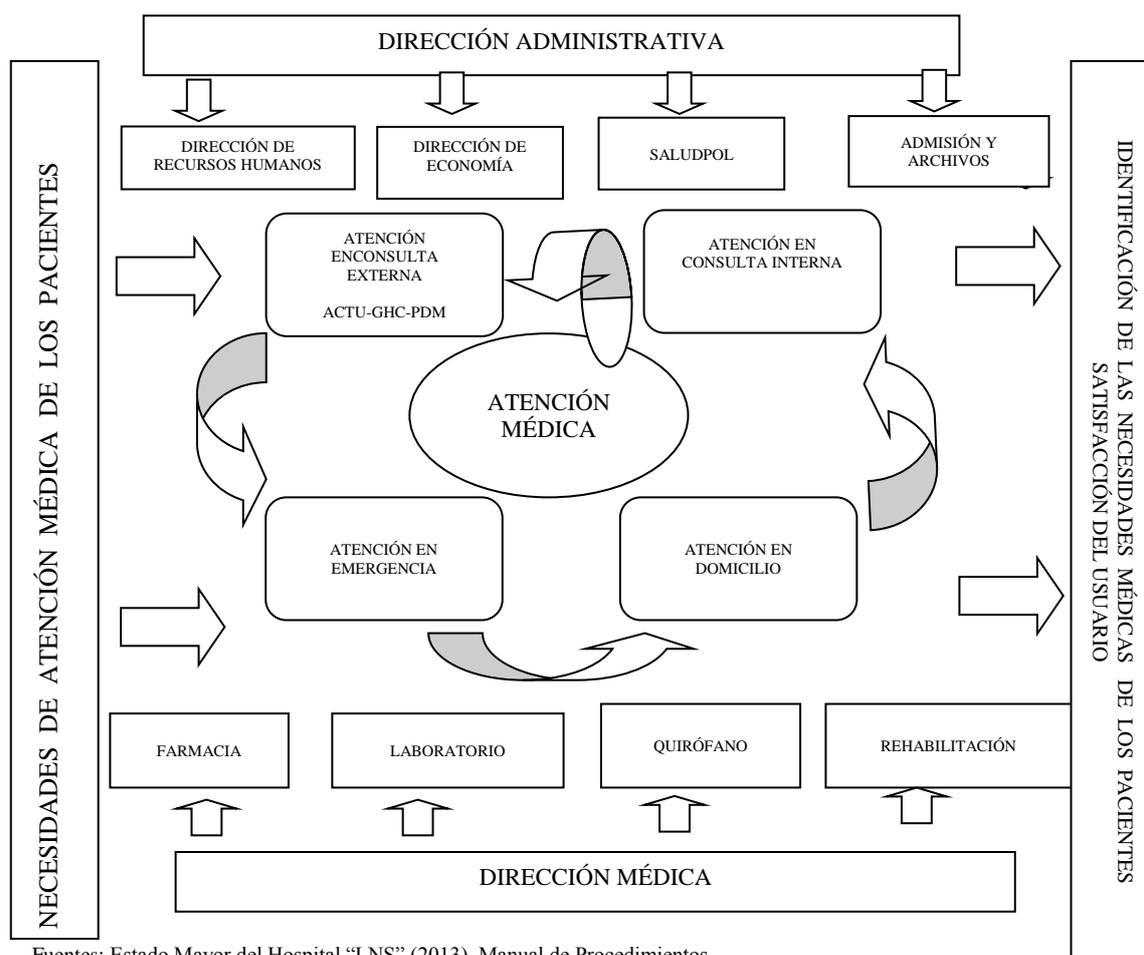
Dirección administrativa

Los procesos involucrados en el macro proceso de dirección administrativa son cuatro, los cuales se tienen que realizar para poder recibir atención médica en el hospital y son:

La Dirección de Recursos Humanos, es la encargada de tener el registro de los policías y de sus familiares.

La Dirección de Economía, es donde se tramita la planilla de pago de los policías.

Gráfico 4.2 PROCESOS DEL “HN LNS”



Fuentes: Estado Mayor del Hospital “LNS” (2013), Manual de Procedimientos.

El Fondo de Salud Policial⁹⁵ (SALUDPOL), es donde se solicita la tarjeta SALUDPOL, previa presentación del carné de identidad personal o familiar; y La Admisión y archivos, es donde se registra las historias clínicas de los pacientes.

Atención Médica

El macro proceso de atención médica, comprende cuatro procesos que son: atención en consulta externa, atención en consulta interna, atención en emergencia y atención en domicilio en donde los pacientes podrán ser atendidos por los médicos en el hospital o en sus domicilios.

Dirección Médica

El macro proceso de dirección médica comprende cuatro procesos que son los de farmacia, donde se les brinda los medicamentos a los pacientes; laboratorio, lugar donde se realizan radiografías, rayos x y otros exámenes médicos; quirófano, cuando el paciente pasa a operación; y rehabilitación, donde se les brinda tratamiento continuo a los pacientes discapacitados.

En el macro proceso de atención médica, proceso de atención médica en consulta externa, teniendo este tres sub procesos que son la cita con tarjeta única de atención, la gestión mediante la historia clínica y la expedición de medicamentos. Las actividades para estos subprocesos están dadas de la siguiente manera:

Para la gestión mediante la historia clínica cuando es por primera vez, se debe elaborar esta historia en el archivo central mediante la entrega de datos personales y el registro del número de la historia clínica, siendo recepcionada por el asistente del consultorio y registrada por el médico y cuando es por segunda vez y las subsiguientes se debe solicitar el servicio médico requerido, con la finalidad de ser remitido a este, recepcionando el asistente del consultorio la historia clínica, la cual será registrada por el médico al finalizar la consulta.

Para la expedición de medicamentos, el médico para elaborar la receta médica debe recepcionar el listado de medicamentos existente en el stock de la farmacia

⁹⁵Estado Mayor General PNP (2014), Manual de Organización y Funciones.

de SALUDPOL, para entregar la receta al paciente, presentándose este ante el área de farmacia de SALUDPOL, realizándose la verificación en el listado de medicamentos en stock y luego la verificación física del medicamento; si no hay este se debe retornar al consultorio para cambio de medicamento por el médico. Actualmente en el proceso de atención médica en consulta externa se debe asistir al Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” a las 06 am al consultorio para la obtención de la cita, iniciándose la atención en el consultorio a las 08 am, para lo cual se entrega la cita y se registra manualmente en el cuaderno de citas y en la tarjeta de control del paciente (normalmente la cita demora un mes de acuerdo a la cantidad de pacientes y número de médicos); tres días antes de la consulta, el servicio manualmente solicita al archivo de historia clínica, las respectivas historias clínicas para la atención de las consultas, entregando el archivo las historias clínicas al consultorio un día antes de la consulta (varias historias clínicas no fueron encontradas); el día de la consulta el médico atiende de acuerdo al orden de llegada, y de acuerdo a las historias clínicas existentes (pacientes que no han encontrado sus historias clínicas, tienen que acudir personalmente al archivo a solicitar su historia clínica, una vez ubicado, personal del servicio médico recoge la historia clínica para la atención del paciente); si el médico entrega la receta sin considerar el listado de medicamentos existente en el stock de la farmacia de SALUDPOL y no hay este medicamento el paciente debe retornar al consultorio para cambio de medicamento por el médico.

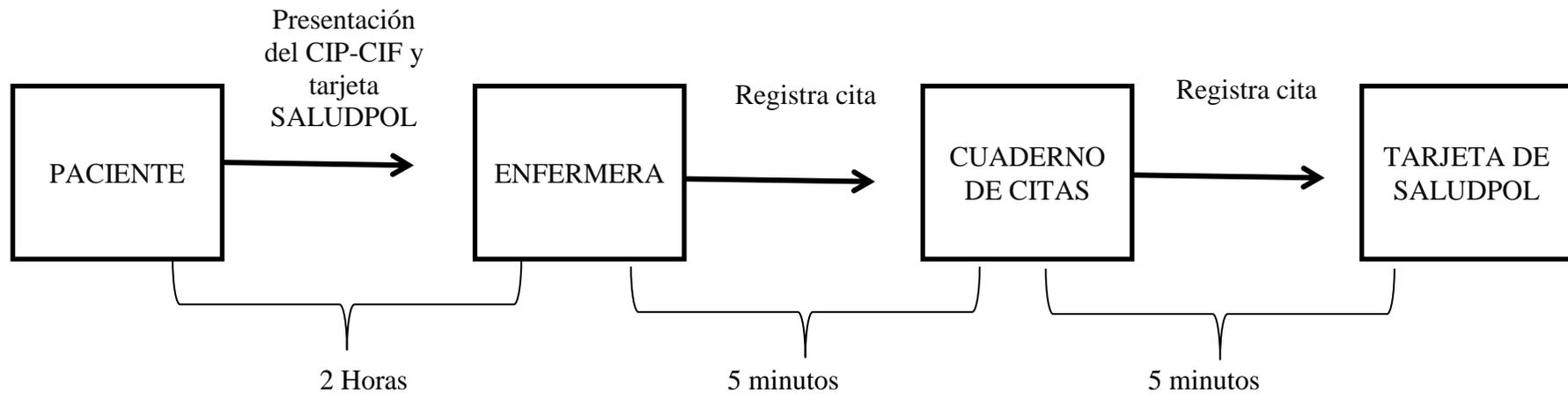
4.3.4 Asignación de cita médica

Para obtener una cita en el Hospital Nacional de la PNP, los pacientes que de la familia policial (titulares activos, pensionistas, retirados y/o familiares), tienen que apersonarse muy temprano a las ventanillas de atención con su respectiva Tarjeta Única de Atención, donde está consignado el número de la Historia Clínica y en la cual se anotara la fecha de la cita. Esta tarjeta de atención caduca cada 2 años, por lo cual se tiene que renovar, así mismo esta tarjeta posee 26 casillas para la anotación de las citas, que contienen la fecha de cita, consultorio y médico por el cuál será atendido. El paciente se acerca a la ventanilla del consultorio externo donde desea ser atendido para poder solicitar su cita, es atendido por una enfermera quien anota en la Tarjeta Única de Atención los datos

ya mencionados anteriormente y también anota los datos en un cuaderno de citas que después son archivados.

Para la obtención de la cita existe una aglomeración de pacientes, aproximadamente el 70% acuden al hospital en las mañanas para solicitar sus citas y para ser atendidos, lo cual no se controla con exactitud los turnos de atención que se deben realizar durante todo el día que atienden los médicos. Esto origina las grandes colas que los pacientes tienen que hacer para poder solicitar una cita, debido a que la cola es una sola, tanto para solicitar cita como para atender a los pacientes citados. Otro de los problemas que ocurre actualmente es que los pacientes necesariamente tienen que ir al hospital para solicitar su cita que serán atendidas en semanas o meses. Existe el caso en que hay pacientes de provincia que necesitan y vienen a ser atendidos en el hospital y hasta la fecha de su atención ellos requieren estadía en Lima, lo que genera una pérdida de tiempo y dinero.

Gráfico 4.3 SUBPROCESO DE ASIGNACIÓN DE CITAS.



TOTAL: 2 horas con 10 minutos es el tiempo de demora para el subproceso de asignación de citas

Fuente: Guía de verificación y observación de procedimientos del grupo. (Véase anexo 13)

4.3.5 Gestión de historia clínica

Para la gestión de las historias clínicas, se siguió el procedimiento que a continuación se indica:

Archivo y Desarchivo de Historias Clínicas (Sectorista)

Recepción de listas de Historias Clínicas de pacientes citados, para anotar los números del sector a sus cargos.

Se procede al desarchivo de 80-180 Historias Clínicas por trabajar.

Las Historias Clínicas encontradas se seleccionan por Consultorios y se entregan con previo check. “i” a los mensajeros y las Historias Clínicas no encontradas se les coloca “X” y son anotadas en el cuaderno de cada sectorista.

Arreglo del sector

Recepción, Clasificación, Registro, Devolución de las Historias Clínicas y archivamiento de las mismas.

Búsqueda especial de Historias Clínicas entre las devoluciones del mismo día

Distribución de Historias Clínicas (Mensajero)

Recepción de listas de pacientes citados y entrega al encargado de Sectoristas del Archivo Central.

Recepción de Historias Clínicas desarchivadas por los sectoristas y su anotación en cuadernos del mensajero.

Traslado de Historias Clínicas desarchivadas por los encargados de sectoristas a los respectivos consultorios 150 - 250 Historias Clínicas diariamente.

Entrega de Historias Clínicas a la recepción de consultorio externo, haciéndole firmar en el cuaderno de cargo por la entrega

Recepción de Historias Clínicas (devolución) firmando el mensajero el cuaderno de cargo de los Consultorios.

Se traslada las Historias Clínicas de los consultorios externos al archivo central entre 150 - a 250 HC. Aprox. Diariamente.

Se hace entrega de las Historias Clínicas a los encargados de sector previo registro en el cuaderno por consultorio.

Digitación.

Recepción de cuadernos de cargo del personal del área de Mensajería, Informe Médico, Referidos y otros; donde registran el movimiento diario de historias clínicas.

Digitación de número de historia clínica salida y devolución al sistema informático

Entrega de los cuadernos de cargo del movimiento diario de Historias Clínicas a las diferentes áreas.

Duración del Procedimiento.

Sectorista 30 minutos.

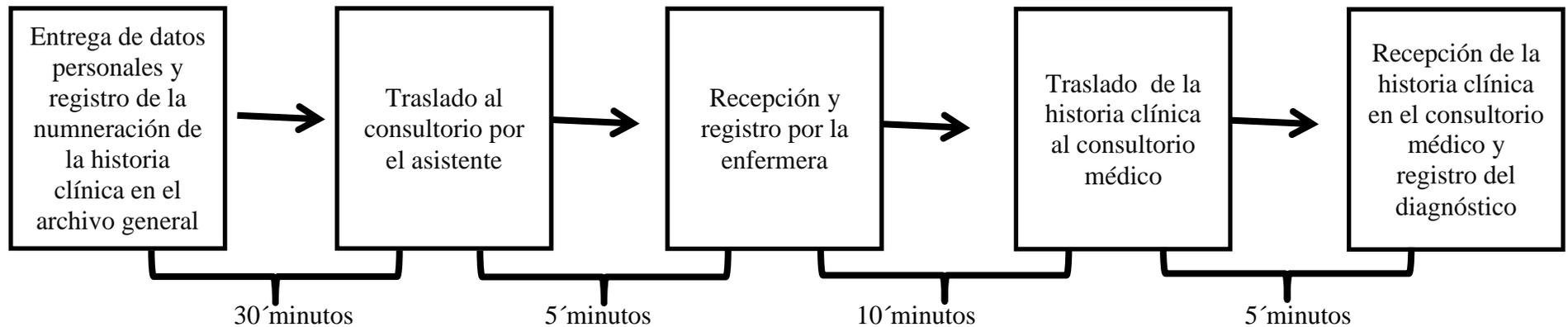
Mensajero 5 minutos.

Auxiliar 10 minutos.

Digitador 5 minutos

Total 50 minutos.

Gráfico 4.4 SUBPROCESO ACTUAL DE GESTION DE HISTORIA CLÍNICA



TOTAL: cincuenta minutos (50´) es el tiempo de demora para el subproceso de gestión de historia clínica

Fuente: Guía de verificación y observación de procedimientos del grupo. (Véase anexo 13)

4.3.6. Prescripción y dispensación de medicamentos

El subproceso de prescripción y dispensación de medicamentos, es el medio o vía principal por el cual el paciente debe lograr su propósito, es decir el paciente necesariamente tiene que obtener los medicamentos para ser suministrados para lograr su recuperación de su salud o tratamiento permanente en los casos de pacientes crónicos. Es importante señalar que la prescripción es otorgada por el médico que lo atendió, y la prescripción es la entrega de la medicina en el almacén o farmacia SALUDPOL; este subproceso tiene procedimientos al igual que los otros subprocesos anteriores:

Elaboración de la receta médica por el profesional de la salud que atiende al paciente.

Registro de los medicamentos prescritos al paciente en la historia clínica

Entrega de la receta médica al paciente por parte del galeno.

Desplazamiento y presentación de la receta en la farmacia SALUDPOL.

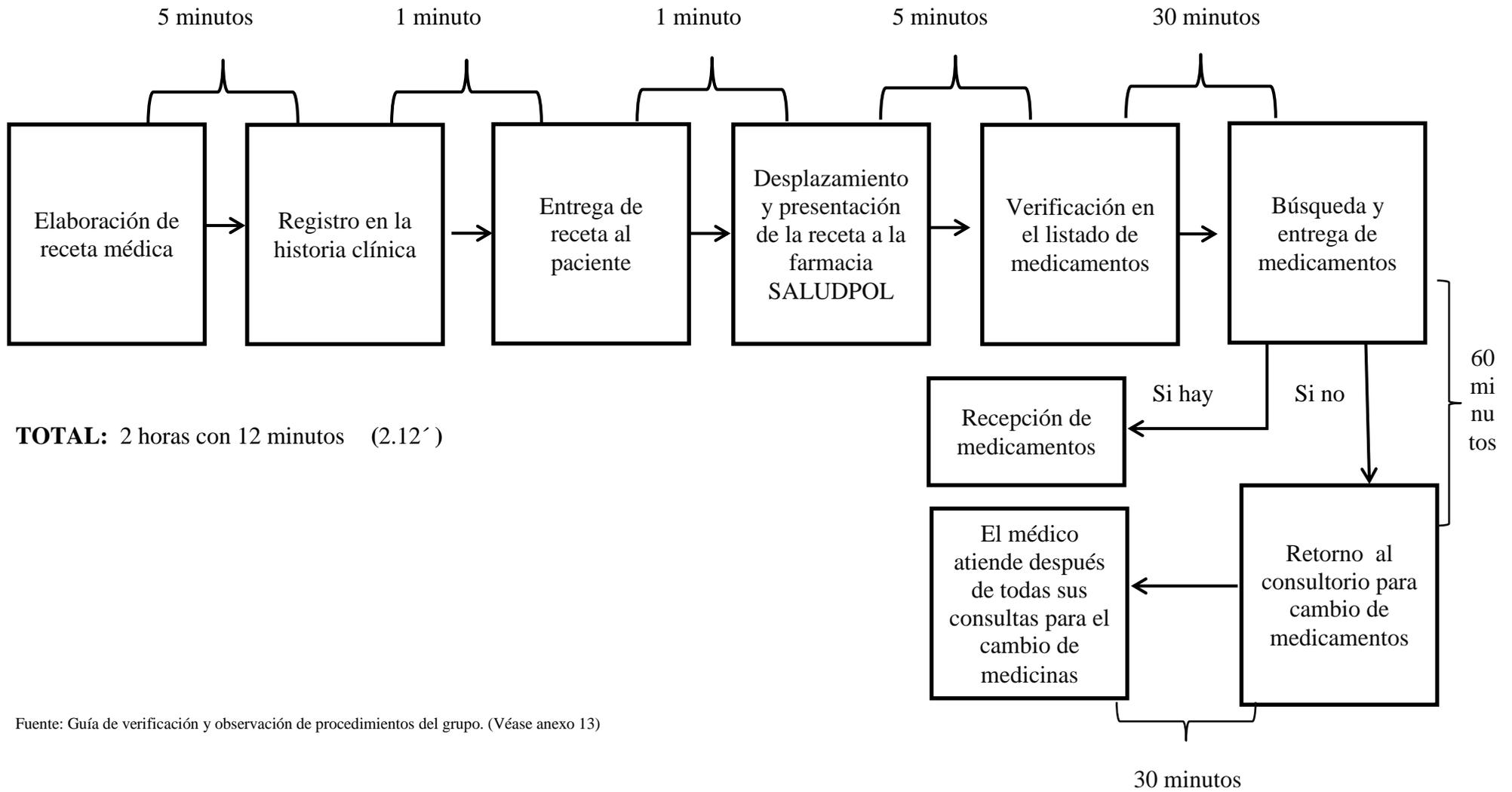
Verificación de la existencia de medicamentos prescritos en el listado de la farmacia SALUDPOL.

Búsqueda y entrega de medicamentos en caso hubiera en stock.

En caso que la medicina no hubiera en stock, el paciente retorna al consultorio para el cambio de medicamentos.

Duración: 2 horas 12 minutos

Gráfico 4.5 SUBPROCESO ACTUAL DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS



Fuente: Guía de verificación y observación de procedimientos del grupo. (Véase anexo 13)

4.4 Plan sobre informatización de las citas en el hospital “Luis N. Sáenz”

En el Hospital Nacional “Luis N. Sáenz”, existe en su etapa de planeamiento una iniciativa al haber elaborado un plan denominado “Sistema de gestión de citas en los consultorios externos del hospital”, cuyo objeto es crear e implementar un sistema de citas informatizado para los consultorios externos, estando en su etapa de coordinación con la unidad de telemática para su diseño⁹⁶.

⁹⁶DIRSAL PNP (2014), Estado Mayor del Hospital Nacional “Luis N. Sáenz”.

CAPITULO V

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

5.1 Presentación, análisis e interpretación de los resultados

5.1.1 DEL INSTRUMENTO

ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTA EXTERNA Y SU INCIDENCIA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Se han analizado 385 casos, los cuales conforman la prueba inicial para medir la validez y confiabilidad del instrumento

Tabla N° 5.1 RESUMEN DEL PROCESAMIENTO DE LOS CASOS

		N	%
Casos	Válidos	385	100,0
	Excluidos	0	0,0
	Total	385	100,0

Fuente y elaboración propia. (véase anexo 15)

El análisis de contenido, con juicio de expertos es 0,80⁹⁷. El alfa de Cronbach es una medida de la consistencia interna (criterio) del instrumento, se utilizó el cuestionario SERVQUAL en la presente investigación es de 0,624

Alfa de Cronbach	N° de elementos
0,624	61 ⁹⁸

Fuente y elaboración propia. (véase tabla 5.10 y anexo 15)

⁹⁷ Del Castillo, H (2014), evaluación de confiabilidad y validez del instrumento (Véase anexo 14)

⁹⁸ Las preguntas 1 y 2 no tiene escala valorativa para el instrumento SERVQUAL. (Véase anexo 4)

El análisis de factores, es una medida de la validez del constructo que nos da la medida de adecuación muestral de Káiser-Meyer-Olkin (KMO) cuyo valor es de 0,590.

Se observa que el valor del KMO = 0.590 está en el límite de los valores recomendados por Kaiser, Meyer y Olkin poniendo de manifiesto que, en esta medida de adecuación muestral, el proceso de reducción de datos no es muy significativo. El test de esfericidad de Bartlett, sin embargo, indica que sí existen relaciones significativas entre las variables.

Tabla N° 5.3. KMO Y PRUEBA DE BARTLETT

Medida de adecuación muestral de Káiser-Meyer-Olkin.		0,590
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	7325,700
	Gl	1830
	Sig.	0,000

Fuente y elaboración propia a partir del resultado de las pruebas de KMO y de Esfericidad de Bartlett, con el programa SPSS.

Sólo aquellos casos para los que DG Tipo de encuestado = Titular, serán utilizados en la fase de análisis.

La validez total es el promedio de lo siguiente:

$$\text{Validez total} = (\text{Validez de contenido} + \text{Validez de criterio} + \text{Validez de constructo}) / 3$$

$$\text{Validez total} = (\text{Juicio de experto} + \text{Alfa de Cronbach} + \text{Análisis de Factores}) / 3$$

$$\text{Validez total} = (0,80 + 0,624 + 0,590) / 3 = 0,671$$

En la presente investigación, el juicio de expertos da la validez de contenido, el cuál es de 0,80; la validez de criterio lo da el alfa de Cronbach que es 0,624 y la validez de constructo los da el análisis de factores en nuestro caso la medida de KMO cuyo valor es de 0,590.

Por lo anterior la validez total será de 0,671; el instrumento empleado es muy valido, de acuerdo a la Tabla N° 5.4, la cual esta establecida según Herrera 1998 en Kerlinger 2002.

Tabla N° 5.4 NIVELES DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

RANGO	NIVEL DE CONFIABILIDAD/ NIVEL DE VALIDEZ
0,53 a menos	Confiabilidad nula / Validez nula
0,54 a 0,59	Confiabilidad baja /Validez baja
0,60 a 0,65	Confiable /Valida
0,66 a 0,71	Muy confiable /Muy valida
0,72 a 0,99	Excelente confiabilidad /Excelente validez
1,0	Confiabilidad perfecta/ Validez perfecta

Fuente: Kerlinger F. (2002), "Confiabilidad y validez en las investigaciones sociales". (véase cap. III, metodología, de la investigación 3.8)

En la tabla estadística de los elementos y en su resumen, encontramos que la media promedio de los 385 casos es de 3,293

La Codificación empleada fue la siguiente:

CODIFICACIÓN

DATOS GENERALES

DG Tipo encuestado - DG Edad - DG Sexo

VARIABLE INDEPENDIENTE: Proceso administrativo de consulta externa

Dimension: Asignación de citas VICE1 - VICE2 - VICE3 - VICE4

Dimensión Historia clínica VIHC5 - VIHC6 - VIHC7 - VIHC8 - VIHC9 - VIHC10
- VIHC11 - VIHC12

Dimensión prescripción medica VIDM13 - VIDM14 - VIDM15 - VIDM16 -
VIDM17 - VIDM18 - VIDM19

VARIABLE DEPENDIENTE: Calidad de servicios

Dimensión expectativas VDECS 1 - VDECS 2 - VDECS 3 - VDECS 4 - VDECS 5 - VDECS 6 - VDECS 7 - VDECS 8 - VDECS 9 - VDECS 10 - VDECS 11 - VDECS 12 - VDECS 13 - VDECS 14 - VDECS 15 - VDECS 16 - VDECS 17 - VDECS 18 - VDECS 19 - VDECS20 - VDECS 21 - VDECS 22.

Dimensión percepción VDPCS 1 - VDPCS 2 - VDPCS 3 - VDPCS 4 - VDPCS 5 - VDPCS 6 - VDPCS 7 - VDPCS 8 - VDPCS 9 - VDPCS 10 - VDPCS 11 - VDPCS 12 - VDPCS 13 - VDPCS 14 - VDPCS 15 - VDPCS 16 - VDPCS 17 - VDPCS 18 - VDPCS 19 - VDPCS 20 - VDPCS 21- VDPCS 22

Tabla N° 5.5 ESTADÍSTICOS DE LOS ELEMENTOS.

VARIABLES	PREGUNTAS		Media promedio	N°
V. INDEPENDIENTE	Dimensión	- Asignación de citas (2) -Gestión de historia clínicas (8) -Prescripción y dispensación de medicamentos (7)		
V. DEPENDIENTE		- Expectativa (22) - Percepción (22)		
TOTAL			3,293	385

Fuente y elaboración propia (véase anexo 15)

Procesos de cita, historia Clínica, prescripción y dispensación de medicamentos y calidad de servicios de atención

En la tabla estadística de resumen de los elementos, encontramos que la media promedio de los casos es de 3,293 y la correlación interelementos es de 0,228; lo cual indica que existe correlación entre los elementos.

Tabla N° 5.6. ESTADÍSTICOS DE RESUMEN DE LOS ELEMENTOS

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	Nº de elementos
Medias de los elementos	3,293	2,031	4,475	2,444	2,203	0,613	61
Correlaciones inter-elementos	0,228	-0,553	0,578	1,131	-1,045	0,025	61

Fuente y elaboración propia a partir del resultado del programa SPSS

La asignación de cita y calidad del servicio de atención

En la tabla estadística de los elementos sobre asignación de citas y calidad de servicios de atención, encontramos que la media promedio de los casos es de 3,250 y la correlación interelementos es de 0,378; lo cual me indica que existe correlación entre los elementos de asignación de citas y calidad de los servicios de atención.

Tabla N° 5.7. ESTADÍSTICOS DE RESUMEN DE LOS ELEMENTOS

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	Nº de elementos
Medias de los elementos	3,250	2,031	4,475	2,444	2,203	0,696	51
Correlaciones inter-elementos	0,378	-0,491	0,667	1,158	-1,045	0,031	51

Fuente y elaboración propia a partir del resultado del programa SPSS

La gestión mediante la historia clínica y calidad del servicio de atención

En la tabla estadística de los elementos sobre historia clínica y calidad de servicios de atención, encontramos que la media promedio de los casos es de 3,355 y la correlación interelementos es de 0,039; lo cual me indica que existe una correlación casi imperceptible entre los elementos de historia clínica y calidad de servicio de atención.

Tabla N° 5.8. ESTADÍSTICOS DE RESUMEN DE LOS ELEMENTOS

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	Nº de elementos
Medias de los elementos	3,355	2,034	4,475	2,442	2,201	0,654	52
Correlaciones inter-elementos	0,039	-0,553	0,578	1,131	-1,045	0,028	52

Fuente y elaboración propia a partir del resultado del programa SPSS

La prescripción y dispensación de medicamentos y calidad del servicio de atención

En la tabla estadística de los elementos sobre prescripción de medicamentos y calidad de servicios de atención, encontramos que la media promedio de los casos es de 3,250 y la correlación interelementos es de 0,267; lo cual me indica que existe correlación entre los elementos de prescripción y dispensación médica y calidad del servicio de atención.

Tabla N° 5.9 ESTADÍSTICOS DE RESUMEN DE LOS ELEMENTOS

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N° de elementos
Medias de los elementos	3,250	2,031	4,475	2,444	2,203	,696	51
Correlaciones inter-elementos	,267	-,566	,565	1,131	-1,045	,031	51

Fuente y elaboración propia a partir del resultado del programa SPSS

Valores de media, varianza, correlación y alfa de Cronbach si se elimina el elemento; esta tabla se emplea para efectuar modificaciones en los estadísticos indicados; particularmente el alfa de Cronbach, tiene un valor de 0,624; si elimináramos la pregunta VDPC5 (Las citas se encontraron disponibles y se obtuvieron con facilidad), este tendría un valor de 0,646

Tabla 5.10 ESTADISTICO TOTAL DE ELEMENTOS.

VARIABLES	PREGUNTAS		Alfa de Cronbach	N°
V. INDEPENDIENTE	Dimensión	- Asignación de citas..... (2) - Gestión de historia clínicas (8) - Prescripción y dispensación de medicamentos.....(7)		
V. DEPENDIENTE		- Expectativa (22) - Percepción (22)		
TOTAL			0,624	385
Si eliminamos VDPC5 con un valor de 0,646, la variación es imperceptible.				

Fuente y elaboración propia (véase anexo 15)

Teniendo en consideración el valor del chi-cuadrado de Friedman, los grados de libertad y el nivel de significación. El diseño de la investigación es descriptivo correlacional.

Tabla N° 5.11. ANOVA CON PRUEBA DE FRIEDMAN

	Suma de cuadrados	gl.	Media cuadrada	Chi-cuadrado
Inter-personas	608,568	384	1,585	11725,109
Intra-personas Inter-elementos	14163,409 ^a	60	236,057	
Residual	13740,362	23040	0,596	
Total	27903,770	23100	1,208	
Total	28512,339	23484	1,214	

Fuente y elaboración propia a partir del resultado del programa SPSS, (véase cap. III, metodología, de la investigación 3.10 y anexo 15)

Media global = 3,29

Coefficiente de concordancia W de Kendall = 0,207

En la tabla de coeficiente de correlación intraclass, el valor de medidas individuales de 0,026 me indica que casi no hay relación entre las variables y el de medidas promedio me indica el valor del alfa de Cronbach, es decir de la confiabilidad.

Coefficiente de Kendall, mide el grado de asociación entre varios conjuntos (k) de identidades. Es útil para determinar el grado de acuerdo entre varios jueces, o la asociación entre tres o más variables.

Coefficiente de Kendall. Es una de las técnicas no paramétricas para medir el grado de correlación entre las variables de una muestra.

Tabla N° 5.12 COEFICIENTE DE CORRELACIÓN INTRACLASE

	Correlación intraclass ^a	Intervalo de confianza 95%		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	gl1	gl2	Sig.
Medidas individuales	0,026 ^b	0,021	0,033	2,657	384	23040	0,000
Medidas promedio	0,624 ^c	0,568	0,675	2,657	384	23040	0,000

Fuente y elaboración propia a partir del resultado del programa SPSS

Modelo de efectos mixtos de dos factores en el que los efectos de las personas son aleatorios y los efectos de las medidas son fijos.

Coefficientes de correlación intraclass de tipo C utilizando una definición de coherencia, la varianza inter-medidas se excluye de la varianza del denominador.

El estimador es el mismo, ya esté presente o no el efecto de interacción.

Esta estimación se calcula asumiendo que no está presente el efecto de interacción, ya que de otra manera no es estimable.

La tabla N° 5.13 analiza la distribución de frecuencias de los datos generales,

considerando en esta tabla, el tipo de encuestado, edad, sexo, la hora que acude al hospital y cuanto tiempo espera de turno para la cita; donde se indica la media, mediana, moda, desviación típica y percentiles de cada uno de los elementos indicados anteriormente:

- i. En lo que respecta al tipo de encuestado Titular = 1 y Familiar =2; la media, moda y mediana estas medidas de centralización indican que hay mas familiares que titulares en la muestra empleada, teniendo una dispersión de estos datos con respecto a la media de 0,497.
- ii. En lo que respecta a la edad de 18 a 25 años = 1, más de 25 a 30 años =2, más de 30 a 35 años = 3, más de 35 a 40 años = 4, más de 40 años = 5; la media, moda y mediana estas medidas de centralización indican que la edad que más se presenta es entre más de 30 a 35 años en la muestra empleada, teniendo una dispersión de

estos datos con respecto a la media de 1,571.

- iii. En lo que respecta al sexo de encuestado Hombre = 1 y Mujer =2; la media, moda y mediana estas medidas de centralización indican que hay mas mujeres que hombres en la muestra empleada, teniendo una dispersión de estos datos con respecto a la media de 0,493.
- iv. En lo que respecta a que hora acude al hospital para la asignación de cita De 06 a 0630 am = 1, de 0630 a 07 am =2, de 07 a 0730 am = 3, de 0730 a 08 am = 4; la media, moda y mediana estas medidas de centralización indican que las personas acuden de 06 a 0630 am en la muestra empleada, teniendo una dispersión de estos datos con respecto a la media de 0,887.
- v. En lo que respecta a cuanto tiempo espera de turno para la cita De 1 a 10 días = 1, de 11 a 20 días = 2, de 21 a 30 días = 3, de 31 a más días = 4; la media, moda y mediana estas medidas de centralización indican que las personas esperan de 21 a 30 días en la muestra empleada, teniendo una dispersión de estos datos con respecto a la media de 0,887.

5.1.2 DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA

Tabla N° 5.13 ESTADÍSTICOS DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS

		DG Tipo de encuestado	DG Edad	DG Sexo	VICE1.¿A que horas acude?	VICE2. tiempo
N°	Válidos	385	385	385	385	385
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		1,56	3,25	1,58	1,52	2,81
Mediana		2,00	3,00	2,00	1,00	3,00
Moda		2	5	2	1	3
Desviación típica.		0,497	1,571	0,493	0,887	0,682
Percentiles	25	1,00	2,00	1,00	1,00	2,50

Fuente y elaboración propia a partir del resultado del programa SPSS

Se efectua la distribución de frecuencia de cada uno de los datos generales: Tipo de encuestado, edad, sexo; así como horas en que acude y tiempo que espera para su turno en la asignación de cita, en el punto anterior se han dado las indicaciones correspondientes.

Tabla N°5. 14DG TIPO DE ENCUESTADO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Titular	169	43,9	43,9	43,9
	Familiar	216	56,1	56,1	100,0
	Total	385	100,0	100,0	

Fuente y elaboración propia a partir del resultado del programa SPSS

Analisis e Interpretación de la tabla 5.14

El 56% de los pacientes que asisten al hospital son familiares. Lo que nos indica que se atienden más familiares que titulares.

Tabla N° 5. 15DATOS GENERALES EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De 18 a 25	80	20,8	20,8	20,8
	más de 25 a 30	66	17,1	17,1	37,9
	más de 30 a 35	49	12,7	12,7	50,6
	más de 35 a 40	58	15,1	15,1	65,7
	más de 40	132	34,3	34,3	100,0
	Total	385	100,0	100,0	

Fuente y elaboración propia a partir del resultado del programa SPSS

Analisis e Interpretacion de la tabla 5.15

El mayor porcentaje de los pacientes que se atienden en el hospital son mayores de 35 años, sumando un aproximado de 49%.

Tabla N° 5 .16 DATOS GENERALES SEXO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	160	41,6	41,6	41,6
	Mujer	225	58,4	58,4	100,0
	Total	385	100,0	100,0	

Fuente y elaboración propia a partir del resultado del programa SPSS

Análisis e Interpretación de la tabla 5.16

Con respecto al genero, los pacientes que se atienden en el hospital, el mayor porcentaje, aproximadamente por un 58%, están formados por mujeres.

Tabla N° 5.17 VICE1.¿A QUÉ HORAS ACUDE?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De 0600 a 0630 am	266	69,1	69,1	69,1
	De 0630 a 0700 am	62	16,1	16,1	85,2
	De 0700 a 0730 am	34	8,8	8,8	94,0
	De 0730 a 0800 am	23	6,0	6,0	100,0
	Total	385	100,0	100,0	

Fuente y elaboración propia a partir del resultado del programa SPSS

Análisis e Interpretación de la tabla 5.17

Aproximadamente el 70% de los pacientes acuden de 06 a 06,30 am y el menor porcentaje se observa entre las 07,30 y 08 am, la gran mayoría acude muy temprano al hospital nacional “Luis N Sáenz”.

Tabla N° 5.18 VICE2.¿CUÁNTO TIEMPO ESPERA DE TURNO PARA LA CITA?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De 1 a 10 días	19	4,9	4,9	4,9
	De 11 a 20 días	77	20,0	20,0	24,9
	De 21 a 30 días	249	64,7	64,7	89,6
	De 31 a más días	40	10,4	10,4	100,0
	Total	385	100,0	100,0	

Fuente y elaboración propia a partir del resultado del programa SPSS

Analisis e Interpretación de la tabla 5.18

Un 65% espera de 21 a 30 días para ser atendidos con la asignación de citas; en comparación a un 5% de usuarios que son atendidos de 1 a 10 días.

5.1.3 PRUEBAS NO PARAMÉTRICAS

Comprobamos el nivel de significación en la Prueba de Kolmogorov- Smirnov, si es menor que 0,05 la distribución no es normal, si es mayor que 0,05 la distribución es normal.

En este caso la distribución no es normal (nivel de significación 0,000), lo que indica que no se debe emplear Z normal, ni t de student.

Por lo tanto se comprueba que la investigación es correlacional; reafirmando la correlación interelementos de 0,228 que indica que existe correlación entre los elementos.

- i. Distribución de contraste es lo normal
- ii. Se han calculado a partir de los datos establecidos

Tabla N° 5. 19PRUEBA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV PARA UNA MUESTRA

		VICE3.¿Se registra manualmente su cita en el cuaderno?	VICE4.¿Se Registra en la tarjeta única en atención con la fecha y hora de la consulta?	VIHC5.5.Entrego sus datos personales y registro de número de historia clínica para el archivo central, la primera vez	VIHC6.Le entrega los datos al asistente del consultorio, la primera vez
N		385	385	385	385
Parámetros normales ^{a,b}	Media	3,38	3,55	3,86	3,80
	Desviación típica	0,583	0,571	0,499	0,529
Diferencias más extremas	Absoluta	0,312	0,373	0,411	0,439
	Positiva	0,312	0,244	0,329	0,319
	Negativa	-0,286	-0,373	-0,411	-0,439
Z de Kolmogorov-Smirnov		6,130	7,310	8,069	8,622
Sig. asintót. (bilateral)		0,000	0,000	0,000	0,000

Fuente y elaboración propia, a partir de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. (véase Cap. III, Metodología de la investigación 3.9)

Prueba Z de Kolmogorov-Smirnov

Esta prueba se utiliza para contrastar la hipótesis nula, de que dos muestras independiente de tamaño N1 y N2 proceden de la misma población.

5.1.4 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Prueba Chi - cuadrado

Un estadístico de contraste se utiliza para probar si la hipótesis nula es cierta o no. Es un estadístico cuya distribución muestral se conoce en H0 (la hipótesis nula) y establecemos, en base a dicha distribución, la región o regiones críticas: región en la que el estadístico tiene una probabilidad menor que alfa si H0 fuera cierta y, en consecuencia, si el estadístico cayera fuera en la misma, se rechazaría H0.

5.1.5 CONTRASTACION DE HIPÓTESIS

Valores en el SPSS que sirven para contrastar con los valores de la tabla de Chi cuadrado.

Variable I : Subprocesos administrativos de atención médica en consulta externa

Tabla N° 5.20. ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE. DIMENSIÓN: CITAS

Ítem	Chi-cuadrado	gl	Sig. Asintót.
VICE1.¿A que horas acude?	407,571 ^a	3	0,000
VICE2.¿Cuanto tiempo espera de turno para la cita?	341,140 ^a	3	0,000
VICE3.¿Se registra manualmente su cita en el cuaderno?	141,948 ^b	2	0,000
VICE4.¿Se Registra en la tarjeta única en atención con la fecha y hora de la consulta?	176,327 ^b	2	0,000
Promedio	266,746	3	0,000

TABLA N° 5.21. ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE. DIMENSIÓN: HISTORIA CLÍNICA

Ítem	Chi-cuadrado	gl	Sig. Asintót.
VIHC5.5.Entrego sus datos personales y registro de número de historia clínica para el archivo central, la primera vez	407,571 ^a	3	0,000
VIHC6.Le entrega los datos al asistente del consultorio, la primera vez	554,564 ^a	3	0,000
VIHC7.Es registrado por el médico en la historia clínica , la primera vez	614,990 ^a	2	0,000
VIHC8.Presenta su requerimiento de atención al servicio médico solicitante, la segunda vez y subsiguientes	385,836 ^a	3	0,000
VIHC9.Se remite la historia clínica al servicio médico solicitante, la segunda vez y subsiguientes	392,569 ^a	3	0,000
VIHC10.Es recepcionada la historia clínica por la asistente del consultorio, la segunda vez y subsiguientes	246,083 ^b	2	0,000
VIHC11.Es registrado en la historia clínica por el médico, la segunda vez y subsiguientes	314,792 ^a	3	0,000
VIHC12.¿Se encontraba su HC en el consultorio externo el día que fue citado?	118,886 ^a	3	0,000
Promedio	379,411	3	0,000

Tabla N° 5.22. ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE. DIMENSIÓN: PRESCRIPCIÓN MÉDICA.

Ítem	Chi-cuadrado	gl	Sig. Asintót.
VIDM13.¿Ha recibido el total de medicamentos prescritos por el médico?	187,665 ^a	3	0,000
VIDM14.El médico elabora la receta médica	333,099 ^a	3	0,000
VIDM15.El médico la registra en la historia clínica	131,478 ^a	3	0,000
VIDM16.El médico le entrega la receta al paciente	171,558 ^a	4	0,000
VIDM17.Presenta la receta ante el área de farmacia de SALUDPOL	193,691 ^b	3	0,000
VIDM18.Cuenta el médico con un listado del stock de medicamentos de la farmacia de SALUDPOL	137,795 ^b	3	0,000
VIDM19.Ha retornado al consultorio para cambio de medicamento por el médico	264,831 ^a	4	0,000
Promedio	202,874	3	0,000

Variable Dependiente: Calidad del servicio de atención
TABLA N° 5.23. ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE. DIMENSIÓN: EXPECTATIVAS

Ítem	Chi-cuadrado	gl	Sig. Asintót.
VDECS 1. Que el personal de informes, le oriente y explique de manera clara y adecuada sobre los pasos o tramites para la atención en consulta externa	303,455 ^a	4	0,000
VDECS 2. Que la consulta con el médico se realice en el horario programado	283,935 ^b	3	0,000
VDECS 3. Que su atención se realice respetando la programación y el orden de llegada del paciente	32,982 ^c	2	0,000
VDECS 4. Que su historia clínica se encuentre disponible para su atención en el consultorio	290,182 ^a	4	0,000
VDECS 5. Que las citas se encuentren disponibles y se obtengan con facilidad	253,143 ^a	4	0,000
VDECS 6. Que la atención en caja o el modulo del Seguro Integral de Salud (SIS) sea rápida	196,081 ^a	3	0,000
VDECS 7. Que la atención para tomarse análisis de laboratorio sea rápida	268,496 ^a	3	0,000
VDECS 8. Que la atención para tomarse exámenes radiográficos sea rápida	303,091 ^b	4	0,000
VDECS 9. Que la atención en farmacia de consulta externa sea rápida	208,777 ^a	3	0,000
VDECS 10. Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad	137,023 ^c	2	0,000
VDECS 11. Que el médico le realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención	73,579 ^a	2	0,000
VDECS 12. Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud.	282,210 ^b	3	0,000
VDECS 13. Que el médico que atenderá su problema de salud le inspire confianza	147,249 ^b	3	0,000
VDECS 14. Que el personal de consulta externa le escuche atentamente y trate con amabilidad, respeto y paciencia	145,127 ^a	2	0,000
VDECS 15. Que el médico que le atenderá muestre interés en solucionar su problema de salud	215,987 ^b	3	0,000
VDECS 16. Que el médico le explique a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención	189,597 ^a	3	0,000
VDECS 17. Que el médico le explique a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá, tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos	139,145 ^a	3	0,000
VDECS 18. Que el médico le explique a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizarán	129,387 ^b	2	0,000
VDECS 19. Que la señalización de la consulta externa (carteles, letreros y flechas) sean adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes	189,701 ^a	3	0,000
VDECS20. Que la consulta externa cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes	181,403 ^c	4	0,000
VDECS 21. Que los consultorios cuenten con los equipos y materiales necesarios para su atención	424,000 ^a	4	0,000
VDECS 22. Que el consultorio y la sala de espera sean limpios, cómodos y acogedores	318,325 ^b	3	0,000
Promedio	210,994	3	0,000

TABLA N° 5.24. ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE. DIMENSIÓN: PERCEPCIÓN

Ítem	Chi-cuadrado	G1	Sig. Asintót.
VDECS 1.El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa	160,652 ^a	3	0,000
VDECS 2.La consulta con el médico se realizó en el horario programado	263,688 ^b	4	0,000
VDECS 3.Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada	334,512 ^a	3	0,000
VDECS 4.Su historia clínica se encontró disponible en el consultorio para su atención	283,844 ^b	4	0,000
VDECS 5.Las citas se encontraron disponibles y se obtuvieron con facilidad	545,662 ^b	4	0,000
VDECS 6.La atención en caja o el modulo del Seguro Integral de Salud (SIS) fue rápida	339,686 ^a	3	0,000
VDECS 7.La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida	31,268 ^b	2	0,000
VDECS 8.La atención para tomarse exámenes radiográficos fue rápida	213,119 ^a	3	0,000
VDECS 9.La atención en farmacia de consulta externa fue rápida	203,686 ^a	3	0,000
VDECS 10. Durante su atención en el consultorio se respeto su privacidad	93,418 ^b	2	0,000
VDECS 11. El médico le realizo un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motivo su atención	197,764 ^a	3	0,000
VDECS 12. El médico le brindo el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud.	232,961 ^b	4	0,000
VDECS 13. El médico que le atendió le inspiró confianza	267,686 ^a	3	0,000
VDECS 14. El personal de consulta externa lo escucho atentamente y trato con amabilidad, respeto y paciencia	154,418 ^a	3	0,000
VDECS 15. El médico que lo atendió mostró interés en solucionar su problema de salud	217,462 ^a	3	0,000
VDECS 16. El médico le explicó a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención	228,621 ^a	3	0,000
VDECS 17. El médico le explicó a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá, tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos	119,717 ^a	3	0,000
VDECS 18. El médico le explicó a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizaron	461,455 ^b	4	0,000
VDECS 19. La señalización de la consulta externa (carteles, letreros y flechas) le parecen adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes	300,571 ^b	4	0,000
VDECS20. La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes	135,758 ^a	3	0,000
VDECS 21. Los consultorios contaron con los equipos y materiales necesarios para su atención	134,519 ^a	4	0,000
VDECS 22. El consultorio y la sala de espera estuvieron limpios, cómodos y acogedores	246,449 ^b	3	0,000
Promedio	243,860	3	0,000

Variable Dependiente: Calidad del servicio de atención en consulta externa

TABLA N° 5.25 ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE. CALIDAD DEL SERVICIO DE ATENCIÓN

Ítem	Chi-cuadrado	Gl	Sig. Asintót.
Dimensión: Expectativas	210,994	3	0,000
Dimensión: Percepción	243,860	3	0,000
Promedio	227,427	3	0,000

Estadísticos de contraste empleados que son los valores contrastados con los de la tabla de Chi cuadrado

TABLA N° 5.26. ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE. CITA Y CALIDAD DE SERVICIO DE ATENCIÓN

Ítem	Chi-cuadrado	gl	Sig. Asintót.
Cita	266,746	3	0,000
Calidad del servicio de atención	243,860	3	0,000
Promedio	255,303	3	0,000

TABLA N° 5.27. ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE. HISTORIA CLINICA Y CALIDAD DE SERVICIO DE ATENCIÓN

Ítem	Chi-cuadrado	gl	Sig. Asintót.
Historia clínica	379,411	3	0,000
Calidad del servicio de atención	243,860	3	0,000
Promedio	311,636	3	0,000

TABLA N° 5.28. ESTADÍSTICOS DE CONTRASTE. PRESCRIPCIÓN MÉDICA Y CALIDAD DE SERVICIO DE ATENCIÓN

Ítem	Chi-cuadrado	gl	Sig. Asintót.
Prescripción médica	202,874	3	0,000
Calidad del servicio de atención	243,860	3	0,000
Promedio	223,367	3	0,000

5.2 Resumen

5.2.1 Del Instrumento

Se han analizado 385 casos, los cuales conforman la prueba inicial para medir la validez y confiabilidad del instrumento.

En la presente investigación el juicio de expertos da la validez de contenido, el cuál es de 0,80; la validez de criterio lo da el alfa de Cronbach que es 0,624 y la validez

de constructo los da el análisis de factores en nuestro caso la medida de KMO cuyo valor es de 0,590.

Por lo anterior la validez total será de 0,671; el Instrumento empleado es muy valido, de acuerdo a la Tabla, la cual esta establecida según Herrera 1998 en Kerlinger 2002.

TABLA N° 5.29 NIVEL DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

RANGO	NIVEL DE CONFIABILIDAD/ NIVEL DE VALIDEZ
0,54 a 0,59	Confiabilidad baja /Validez baja
0,60 a 0,65	Confiable /Valida
0,66 a 0,71	Muy confiable /Muy valida
0,72 a 0,99	Excelente confiabilidad /Excelente validez
1,0	Confiabilidad perfecta/ Validez perfecta

Fuente: Tabla Según Herrera 1998 En Kerlinger 2002

En la tabla estadística de los elementos de las preguntas y en su resumen, encontramos que la media de los 385 casos es de 3,293.

En la tabla estadística de resumen de los elementos, la media promedio de los casos es de 3,293 y la correlación interelementos es de 0,228; lo cual me indica que existe correlación entre los elementos.

Valores de media, varianza, correlación y alfa de Cronbach si se elimina el elemento; esta tabla se emplea para efectuar modificaciones en los estadísticos indicados; particularmente el alfa de Cronbach, tiene un valor de 0,624; si elimináramos la pregunta VDPC5 (Las citas se encontraron disponibles y se obtuvieron con facilidad), este tendría un valor de 0,646.

Teniendo en consideración el valor del chi-cuadrado de Friedman, los grados de libertad y el nivel de significación. El diseño de la investigación es descriptivo correlacional.

En la tabla de coeficiente de correlación intraclase, el valor de medidas individuales de 0,026 no indica la relación entre las variables, y el de medidas promedio me indican el valor del alfa de Cronbach, es decir de la confiabilidad.

5.2.2 De la población encuestada

La Tabla N° 5.3. **Estadísticos de los elementos**, analiza como la distribución de frecuencias de los datos generales, considerando en esta tabla, el tipo de encuestado, edad, sexo, la hora que acude al hospital y cuanto tiempo espera de turno para la cita; donde se indica la media, mediana, moda, desviación típica y percentiles de cada uno de los elementos indicados anteriormente:

En lo que respecta al tipo de encuestado Titular = 1 y Familiar =2; la media, moda y mediana estas medidas de centralización indican que hay mas familiares que titulares en la muestra empleada, teniendo una dispersión de estos datos con respecto a la media de 0,497.

En lo que respecta a la edad de 18 a 25 años = 1, más de 25 a 30 años =2, más de 30 a 35 años = 3, más de 35 a 40 años = 4, más de 40 años = 5; la media, moda y mediana estas medidas de centralización indican que la edad que más se presenta es entre más de 30 a 35 años en la muestra empleada, teniendo una dispersión de estos datos con respecto a la media de 1,571.

En lo que respecta al sexo de encuestado Hombre = 1 y Mujer =2; la media, moda y mediana estas medidas de centralización indican que hay mas mujeres que hombres en la muestra empleada, teniendo una dispersión de estos datos con respecto a la media de 0,493.

En lo que respecta a que hora acude al hospital para la asignación de cita De 0600 a 0630 am = 1, de 0630 a 0700 am =2, de 0700 a 0730 am = 3, de 0730 a 0800 am = 4; la media, moda y mediana estas medidas de centralización indican que las personas acuden de 0600 a 0630 am en la muestra empleada, teniendo una dispersión de estos datos con respecto a la media de 0,887.

En lo que respecta a cuanto tiempo espera de turno para la cita De 1 a 10 días = 1, de 11 a 20 días = 2, de 21 a 30 días = 3, de 31 a más días = 4; la media, moda y mediana estas medidas de centralización indican que las personas esperan de 21 a 30

días en la muestra empleada, teniendo una dispersión de estos datos con respecto a la media de 0,887.

Se efectúa la distribución de frecuencia de cada uno de los datos generales: Tipo de encuestado, edad, sexo; así como horas en que acude y tiempo que espera para su turno en la asignación de cita, en el punto anterior se han dado las indicaciones correspondientes.

5.2.3 Pruebas No Paramétricas

Con Pruebas no paramétricas comprobamos el nivel de significación en la Prueba de Kolmogorov- Smirnov, si es menor que 0,05 la distribución no es normal, si es mayor que 0,05 la distribución es normal.

En este caso la distribución no es normal (nivel de significación 0,000), lo que indica que no se debe emplear Z normal, ni t de student.

Por lo tanto se comprueba que la investigación es correlacional; reafirmando la correlación interelementos de 0,228 que indica que existe correlación entre los elementos.

5.2.4 Prueba de Hipótesis

Prueba de Chi - cuadrado (Prueba de hipótesis)

Sirve para calcular si los resultados estadísticos de un experimento se alejan significativamente o no de los resultados esperados del modelo teórico, es decir mide la discrepancia entre una distribución observada y otra teórica, indicando en qué medida existen diferencias entre ambas.

5.2.5 Contrastación de hipótesis de acuerdo a las tablas de Chi cuadrado

Hipótesis General

Los subprocesos administrativos de atención médica en consulta externa inciden en la calidad del servicio en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”.

Ho.Los subprocesos administrativos de atención médica en consulta externa no inciden en la calidad del servicio en el Hospital Nacional de la Policía

Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”

Ha. Los subprocesos administrativos de atención médica en consulta externa inciden en la calidad del servicio en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”.

Hipótesis Específicas

Ho. El subproceso asignación de cita mediante la tarjeta única, no incide en la calidad del servicio en el Hospital.

Ha. El subproceso asignación de cita mediante la tarjeta única, incide en la calidad del servicio en el Hospital.

Ho. El subproceso de gestión de historia clínica no incide en la calidad del servicio en el Hospital.

Ha. El subproceso de gestión de historia clínica incide en la calidad del servicio en el Hospital.

Ho. El subproceso de prescripción y dispensación de medicamentos no incide en la calidad del servicio en el Hospital.

Ha. El subproceso de prescripción y dispensación de medicamentos incide en la calidad de atención en el Hospital.

Para realizar la contrastación de Hipótesis se empleó la técnica Estadística de la Prueba Chi-Cuadrado, toda vez que se trata de demostrar la independencia o no de las variables, el cual se ha aplicado sobre las tablas arriba anotadas, el cual representa un amplio conjunto de observaciones.

Es un modelo que se basa en el hecho, comprobado periódicamente, de que la mayoría de las observaciones están agrupadas alrededor de un punto medio (media), mientras que un número decreciente de observaciones se producen puntos más alejados del centro o media.

El empleo de la prueba se realiza de la siguiente manera:

Buscamos en tabla de chi cuadrado con un nivel de significación $\alpha = 0,05$ y 4 grados de libertad, obtendremos el valor del punto crítico de 9,49.

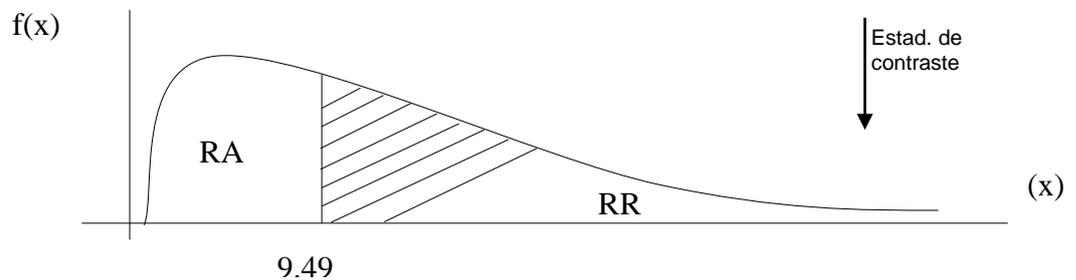
Así mismo Buscamos en tabla con un nivel de significación $\alpha = 0,05$ y 3 grados de libertad, obtendremos el valor del punto critico de 7,82.

Así mismo Buscamos en tabla con un nivel de significación $\alpha = 0,05$ y 2 grados de libertad, obtendremos el valor del punto critico de 5,99.

A continuación se realiza la determinación del chi cuadrado mediante el estadístico SPSS 19 y en todos los casos:

Identificamos la Región de Aceptación (RA) Región de Rechazo (RR)

Gráfico 5.6 REGIÓN DE ACEPTACIÓN (RA) REGIÓN DE RECHAZO (RR)



Fuente y elaboración propia a partir de SPSS

El valor de χ^2 pertenece a la Región de rechazo por lo tanto no aceptamos la Hipótesis nula (H_0) y aceptamos la Hipótesis alternativa (H_a), por tanto se demuestra que los subprocesos administrativos de atención médica en consulta externa inciden o se relacionan con la calidad del servicio de atención en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”

Por lo que se cumple que:

Ha1. El subproceso asignación de cita mediante tarjeta única, incide en la calidad del servicio de atención en el Hospital.

Ha2. El subproceso de gestión de historia clínica incide en forma imperceptible con la calidad del servicio de atención en el Hospital.

Ha3. El subproceso de prescripción y dispensación de medicamentos incide en la calidad del servicio de atención en el Hospital.

Los valores de chi cuadrado observados desde la tabla N° 5.20 hasta la tabla N° 5.28 demuestran que los valores correspondientes acordes con el grado de libertad se encuentran en la región de rechazo

5.3 Discusión

Para indicar la incidencia o relación entre las variables, resolvemos cada uno de los objetivos teniendo en cuenta la siguiente tabla de interpretación de coeficientes de correlación, para lo cual consideramos la correlación inter elementos.

Tabla N° 5.30 DE INTERPRETACIÓN DE COEFICIENTES DE CORRELACIÓN

TABLA DE INTERPRETACION DE COEFICIENTES	
VALOR	SIGNIFICADO
1,00	Perfecta correlación positiva
0,80	Correlación positiva muy fuerte
0,60	Fuerte correlación positiva
0,40	Moderada correlación positiva
0,20	Débil correlación positiva
0,00	Probablemente NO hay correlación
-0,20	Débil correlación negativa
-0,40	Moderada correlación negativa
-0,60	Fuerte correlación negativa
-0,80	Correlación negativa muy fuerte
-1,00	Perfecta correlación negativa

Fuente: Pearson K. (1930), coeficiente de correlación.

Por lo tanto:

Los integrantes del grupo de trabajo han llegado a la siguiente interpretación de los cuadros antes mencionados:

La asignación de cita mediante la tarjeta única de atención como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa, incide en la calidad del servicio en el Hospital, presentando una moderada correlación positiva.

Asignación de cita mediante la tarjeta única

Tabla 5.31 ESTADÍSTICOS DE RESUMEN DE LOS ELEMENTOS

	Media
Medias de los elementos	3,331
Correlaciones inter-elementos	,378

Fuente y elaboración propia a partir del resultado del programa SPSS

La gestión mediante la historia clínica como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa incide en la calidad del servicio en el Hospital pero en forma imperceptible

Gestión mediante la historia clínica

Tabla 5.32 ESTADÍSTICOS DE RESUMEN DE LOS ELEMENTOS

	Media
Medias de los elementos	3,355
Correlaciones inter-elementos	,039

Fuente y elaboración propia a partir del resultado del programa SPSS

La prescripción y dispensación de medicamentos como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa incide en la calidad del

servicio en el Hospital, porquelos resultados estadísticos presentan una moderada correlación.

Prescripción y dispensación de medicamentos

Tabla 5.33 ESTADÍSTICOS DE RESUMEN DE LOS ELEMENTOS

	Media
Medias de los elementos	3,250
Correlaciones inter-elementos	,267

Fuente y elaboración propia a partir del resultado del programa SPSS

Los subprocesos administrativos de atención médica en consulta externa inciden en la calidad del servicio en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”.

Subprocesos administrativos de atención médica

Tabla 5.34 ESTADÍSTICOS DE RESUMEN DE LOS ELEMENTOS

	Media
Medias de los elementos	3,293
Correlaciones inter-elementos	,228

Fuente y elaboración propia a partir del resultado del programa SPSS

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

La Organización Mundial de la Salud define la Calidad de atención en Salud a los altos niveles de excelencia profesional, un uso eficiente de los recursos, un mínimo riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción del paciente, y la valoración del impacto final en la Salud.

Los integrantes del grupo al recopilar información que obra en el marco teórico del presente trabajo sobre temas de calidad de atención, entendemos que la satisfacción integral es la que recibe la persona en el servicio de salud en un hospital, reduciéndole costos y tiempo hasta su total recuperación o tratamiento médico.

En cuanto a los resultados del presente trabajo, el grupo ha llegado a las siguientes conclusiones:

- i. La asignación de cita mediante la tarjeta única de atención como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa, si se relaciona con la calidad del servicio en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” ,en vista que el paciente que concurre de madrugada al hospital para obtener una cita con el riesgo de no ser atendido, si excede el número de pacientes para la consulta no va tener ninguna opinión favorable por el servicio que recibe; por el contrario, calificará de baja calidad su atención; además cuando son pacientes con actividad laboral, causa perjuicio no solo en el trabajo, sino también en el hogar por el tiempo que dedica a concurrir al hospital por una cita médica. Esto está evidenciado en el malestar de los pacientes, que no están de acuerdo con la hora en que tienen que acudir al hospital y la demora en ser atendidos tan solo para la obtención de la misma; tal como se puede apreciar en el análisis de la presente investigación. Estos resultados son corroborados con la entrevista realizada a expertos e igualmente la guía de verificación realizada, quienes afirman que dicha asignación genera el mayor malestar en los pacientes porque tienen que acudir al hospital muy temprano y esperar varias horas para su atención.
- ii. La gestión de historia clínica como parte del proceso administrativo de atención

médica en consulta externa tiene una correlación imperceptible con la calidad del servicio en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”, debido a que este proceso interno del hospital no es percibido directamente por los pacientes, esta gestión lo realizan los trabajadores del hospital y el paciente no advierte o distingue, por lo tanto se siente que no es afectado por este subproceso de gestión de historias clínicas. Este resultado es corroborado con la entrevista realizada a expertos e igualmente con la guía de verificación e instrumentos utilizados que confirman que la referida gestión debe mejorar aún cuando no sea percibida por los pacientes.

iii. La prescripción y dispensación de medicamentos como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa, presenta una débil correlación positiva con la calidad del servicio en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”, obviamente los pacientes al recibir la prescripción de medicamentos por el médico, se dirigen a la farmacia SALUDPOL, a recoger sus medicamentos, y en algunas oportunidades reciben todo lo prescrito, en otras reciben una parte y finalmente hay un tercer grupo minoritario que no reciben nada por no existir en stock, lo que da lugar a que el paciente regrese al consultorio médico a solicitar que le cambie la receta. Esto se evidencia en los resultados de las encuestas realizadas a los pacientes y entrevistas realizadas al Director y Subdirector del HN “Luis N Sáenz”.

iv. Por lo tanto, se llega a determinar que los subprocesos administrativos de atención médica en consulta externa inciden en la calidad del servicio en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”, evidenciado por el resultado de las encuestas realizadas a los pacientes, entrevistas al Director y Subdirector del Hospital Nacional “Luis N. Sáenz”, guía de verificación de los procesos, personas que intervienen en el mismo y observación de tiempos.

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

Es necesario mejorar los subprocesos administrativos de atención médica en consulta externa que redundarán positivamente en una mejor calidad del servicio médico en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”; para lograr esto es necesario lo siguiente:

1. Con respecto al subproceso asignación de citas, recomendar utilizar tecnología de la información con la finalidad de permitir que los usuarios puedan acceder a la obtención de su cita de manera virtual y en tiempo real.
2. Con respecto al subproceso de prescripción y dispensación de medicamentos, recomendar tecnología de la información para que de manera virtual y en tiempo real, permita al profesional médico recetar los productos que se encuentran en stock y en el almacén del Hospital de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”.
3. Con respecto al subproceso de gestión de historia clínica, recomendar tecnología de la información con la finalidad que los profesionales médicos puedan acceder de manera virtual y en tiempo real a las historias clínicas que se generen en el Hospital de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Saénz”.
4. Que el presente trabajo sirva de base para iniciar otro estudio que identifique qué herramienta de la tecnología de la información deba ser utilizado para mejorar el proceso administrativo de atención médica en consulta externa, así como identificar otros procesos para mejorar la calidad de servicio en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luís N. Sáenz”.

CAPÍTULO VIII

PROPUESTA

Los integrantes del grupo de trabajo, ante los resultados que demuestran la correlación en los subprocesos de citas y de prescripción y dispensación de medicamentos con la calidad de servicio, se hace evidente porque afecta al paciente y éste lo percibe directamente, mientras que el subproceso de gestión de historias clínicas tiene una correlación imperceptible con la calidad del servicio, toda vez dicho subproceso es administrado directamente por personal del hospital y el paciente no lo percibe directamente, sin embargo lo afecta indirectamente. En consecuencia ante estos resultados podemos proponer lo siguiente:

Subproceso actual de citas

Ante la situación actual de las citas, donde el paciente debe madrugar al hospital, para obtener una atención médica, el paciente debe disponer de tiempo de 4 horas y 10 minutos, pasando por una serie de procesos innecesarios, desde levantarse en mejor de los casos a las 5 de la mañana para dirigirse al hospital y una después llegar al nosocomio para obtener la cita, luego esperar 2 horas más hasta el inicio de la atención médica (8 de la mañana), mientras espera su turno de consulta debe esperar 1 hora más, luego la asistente registra en el cuaderno su llegada y atención y finalmente el registro en la tarjeta única.

Subproceso propuesto de citas

Ante este sistema de procesos obsoleto, el grupo de trabajo ha propuesto reducir los procesos de 6 a 2 pasos, implementando un sistema de la tecnología de la información, es decir que las citas sean efectuados mediante un software que facilite al paciente sin pérdida de tiempo, este sistema debe ser accesible mediante un código que puede ser el número de historia clínica de cada paciente y solicitar la cita desde su casa a través de internet o intranet o tenga la facilidad de buscar opciones de cita con días y horas a la medida del paciente, lo que permitiría al paciente tener la cita en tiempo real, de tal manera que solo iría al hospital directamente el día y la hora programada para ser atendido en consulta.

Este sistema, debería tener un registro, introduciendo información y datos en las computadoras, que permita agilizar la atención desterrando las demoras en el registro de datos y en la atención a los pacientes evitando que se generen colas, conflictos de atención, así como malestar de los pacientes debido a la pérdida de tiempo y/ o dinero, lo que se quiere es mejorar la calidad del servicio de atención a los pacientes mediante el manejo de información de forma más rápida y eficiente.

Subproceso actual de Gestión de Historias Clínicas

Este subproceso, no es percibido directamente por el paciente porque no es el paciente quien gestiona las historias clínicas, sino el personal administrativo que labora en el Hospital Nacional PNP “Luis N Sáenz”, sin embargo afecta al paciente.

Subproceso actual

El subproceso actual de gestión de historias clínicas, tiene 5 pasos, el tiempo asumido es de 50 minutos solo para gestionar las historias clínicas, desde el momento en que el paciente entrega sus datos personales y se realiza la búsqueda de la historia clínica en el archivo general, luego este expediente es llevado al consultorio por un asistente para ser entregado a la enfermera de consulta externa para su registro y esta profesional lleva la historia al consultorio médico y finalmente el médico recibe la historia clínica en el consultorio y en ella registra el diagnóstico.

El tiempo esperado por el paciente, crea un sinsabor de angustia e intranquilidad, si luego de una larga espera para obtener la cita, se suma esta nueva espera para la historia clínica, crea un malestar en los usuarios con el riesgo de que la HC esté extraviada, deteriorada y en el peor de los casos hongueadas.

Subproceso propuesto para la gestión de historias clínicas

El grupo de trabajo ha visto por conveniente reducir los procesos de gestión de historia clínicas de 5 a 2 pasos, reduciendo el tiempo de demora de 50 minutos a tiempo real, con la implantación de la tecnología de la información, de tal manera que las historias clínicas deben ser digitalizadas o informatizadas y que el médico tratante desde su consultorio observe la HC del paciente a quien viene tratando, este acceso a las historias por parte de los galenos debe ser a través de un código que

identifique a cada uno de ellos para que quede registrada la persona que ingresó a la historia clínica digital.

El subproceso de prescripción y dispensación de medicamentos

Si bien es cierto que la incidencia de este subproceso con la calidad del servicio es baja, sin embargo no deja de tener correlación, actualmente este proceso se lleva a cabo de manera artesanal, existe un divorcio entre la información que posee el médico tratante con la farmacia SALUDPOL; el médico no conoce la existencia real de medicamentos, lo que lleva a prescribir medicamentos inexistentes o agotados en farmacia, el paciente se dirige a recoger sus medicamentos y se da con la sorpresa que no existe o se agotaron, dando lugar a que retorne al consultorio para que el médico cambie de medicamentos o cuando no sea posible tener que ir a comprar a farmacias particulares, generando un malestar en los pacientes.

Subproceso actual

Este subproceso tiene 8 pasos y la demora en recorrer todos los pasos es de 2 horas con 12 minutos, se inicia con la elaboración de la receta médica por el tratante, luego registra el diagnóstico en la historia clínica, luego la entrega de la receta al paciente, el paciente se desplaza para presentar la receta en la farmacia SALUDPOL, aquí verifican si los medicamentos existen en stock, de no existir el paciente retorna al consultorio para que los medicamentos sean cambiados por el profesional de la salud, claro está que ello será después de haber esperado que atienda a todos los pacientes que se encuentran en turno de espera, indudablemente que genera malestar e incomodidad en los pacientes que desafortunadamente no logran obtener sus medicamentos

Subproceso propuesto para la prescripción y dispensación de medicamentos

El grupo de trabajo ha visto por conveniente cambiar el proceso actual que tiene 8 pasos para reducir solo a 4 pasos, en cuanto a tiempos de 2 horas 12 minutos a 25 minutos, con la aplicación de un software que interconecte los subprocesos de citas, HC y prescripción de medicamentos, de tal manera que el médico tratante tenga en su computadora la información de medicamentos en stock para prescribir y en todo

caso decirle al paciente la inexistencia de los medicamentos para que éste no pierda tiempo en ir y venir de la farmacia al consultorio y lo compre en farmacias privadas.

Ventajas en el paciente

Esta propuesta ahorraría tiempo al paciente, el cual le permitiría invertirlo en otras actividades de su interés para solucionar sus dolencias.

Ventajas en el HNPNP “Luis N Sáenz”

Ahorraría recursos humanos dedicados a la asignación de citas, gestión de historias clínicas y prescripción y dispensación de medicamentos, al igual que recursos logísticos, evitando el uso de útiles de escritorio y otros, buscando la tecnología de la información como una política institucional de cara hacia el futuro.

ANEXOS

- Anexo 1. ANTECEDENTES**
- Anexo 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA**
- Anexo 3. PROCESO DE OBTENCIÓN DE LAS PREGUNTAS PARA EL INSTRUMENTO**
- Anexo 4. INSTRUMENTO**
- Anexo 5. INSTRUMENTO ENTREVISTA DIRIGIDA AL DIRECTOR DEL HOSPITAL**
- Anexo 6. PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE HOSPITAL NACIONAL PNP “Luis N. Sáenz”**
- Anexo 7. PROCESO DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA**
- Anexo 8. SUBPROCESO DE ASIGNACIÓN DE CITA CON TARJETA ÚNICA**
- Anexo 9. SUBPROCESO DE GESTIÓN DE HISTORIA CLÍNICA**
- Anexo 10. SUBPROCESO DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS**
- Anexo 11. ENTREVISTA AL DIRECTOR DEL HOSPITAL “Luis N. SaéNZ”**
- Anexo 12. ENTREVISTA AL SUBDIRECTOR DEL HOSPITAL “Luis N SÁENZ”**
- Anexo 13a. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE VERIFICACIÓN**
- Anexo 13.b. FLUJOGRAMA DE LA OBSERVACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA**
- Anexo 14. FICHA DE DATOS DE EXPERTO**
- Anexo 15. ESTADÍSTICA DE ELEMENTOS**
- Anexo 16. ENTREVISTA AL GERENTE DEL MERCADO DE INDRA PERÚ**

Anexo 1

ANTECEDENTES

Delgado Encinas, K. C. (2007). “Diagnóstico y propuesta de mejora del sistema de atención a pacientes de emergencia adultos de un hospital público utilizando simulación discreta”. Tesis para optar el Título de Ingeniero Industrial. Lima – Perú

Resumen

En la presente tesis se ha evaluado la situación actual del área de emergencia, zona adultos de un hospital público, utilizando simulación de eventos discreta, con el objetivo de brindar propuestas de mejora que permitan reducir el tiempo total de permanencia del paciente en el sistema.

Este sistema está formado por cuatro tópicos de atención: Medicina, cirugía, traumatología y shock trauma. El paciente ingresa al sistema, tiene una primera revisión en Triage donde se le asigna un tópico de atención, pasa a admisión, luego se dirige al tópico que le asignaron, recibe la atención, y según la evaluación del doctor el paciente puede seguir diferentes recorridos, los cuales se detallan en el desarrollo de la tesis.

Emergencia adultos, funciona las 24 horas del día durante toda la semana, siendo las mañanas las horas en que más pacientes llegan al sistema.

Se simularon 80 réplicas, cada una de una semana de duración, donde se identificó a los pacientes de alivio, los cuales se atienden en el tópico de medicina, y a los de medicina y cirugía con resultados de análisis, como los más críticos en el sistema.

Para disminuir sus tiempos totales de permanencia en el sistema se propusieron diversas modificaciones al modelo, siendo un nuevo horario de trabajo para los doctores de medicina la mejor solución encontrada. Esta propuesta, que sugiere se tengan 4 doctores durante las primeras 12 horas y 2 durante las 12 horas restantes, fue la que permitió tener mayores reducciones en los tiempos de estos pacientes; sin embargo, el tiempo que toma obtener resultados de análisis es una variable crítica que afecta directamente en el tiempo total del paciente, por lo que se recomendó efectuar un estudio posterior en esta área.

El objetivo general de la investigación fue diagnosticar y proponer una alternativa de mejora del sistema de atención a pacientes en emergencia adultos de un hospital público utilizando simulación de sistemas siendo los objetivos específicos:

1. Evaluar los tiempos que toman los diferentes procesos de atención, así como identificar el flujo de una muestra significativa de los pacientes en el área a evaluar.
2. Identificar los niveles de utilización de los diferentes ambientes y recursos de la unidad de emergencia adultos, realizando un modelo de simulación de esta unidad.
3. Determinar las causas de las demoras en la atención hospitalaria, para luego evaluar alternativas de mejora y proponer soluciones.

La finalidad de esta tesis fue estudiar, analizar y proponer una alternativa de mejora para el proceso de atención a pacientes en consulta médica externa.

Entre las propuestas evaluadas, la mejor resulta ser la que logra reducir el tiempo de atención sin necesidad de contratar más personal, no se descuidan las horas menos concurridas, ya que en ellas se ha designado dos doctores. Sin embargo, se ha comprobado que el tiempo que toma obtener los resultados de análisis afecta directamente al tiempo total que pasa el paciente en el sistema, por lo que es recomendable efectuar una evaluación en los laboratorios con la finalidad de reducir estos tiempos.

Conclusiones

Los primeros días de la semana son los más concurridos, provocando que los pacientes de menores prioridades tengan en estos días los valores más altos en sus tiempos totales de permanencia en el sistema.

La utilización de los doctores es menor al 70%, lo que indica que no es recomendable contratar más personal para disminuir los tiempos de atención.

Se logra una reducción considerable en los tiempos para los pacientes de medicina cambiando de horario a uno de los doctores, de tal forma que se tengan 4 doctores en medicina desde las 7 a.m. hasta las 7 p.m., y 2 durante el resto del día.

Actualmente el mayor tiempo lo presenta el paciente tipo 3 (alivio con segunda revisión), siendo este tiempo de 8.59 horas, seguido por el paciente tipo 7 (medicina con resultados) con 5.42 horas. Ambos pacientes corresponden al tópico de medicina. Con la propuesta 1 redujeron sus tiempos a 6.15 horas y 4.96, respectivamente.

El tiempo que permanece el paciente de cirugía tipo 11 no se ve afectado por tener mayor cantidad de doctores en las horas más concurridas y uno menos en las siguientes horas. Pero este tiempo se reduce conforme disminuye el tiempo de resultados de análisis, lo que permite recomendar un estudio en los laboratorios para poder reducir, en lo posible, el tiempo que toma obtener y enviar los resultados a la unidad de emergencia.

Un estudio en laboratorio que permita reducir los tiempos de análisis permitirá una reducción en todos los tipos de pacientes de los tópicos de cirugía y medicina. El principal problema de Emergencia adultos es la falta de un software que permita la integración de los diferentes tópicos con digitación, toma de muestra y las unidades encargadas de realizar los diferentes análisis médicos solicitados al paciente.

En el caso de digitación, se necesita que las órdenes ingresadas al sistema por el digitador, sean enviadas de manera inmediata por el sistema a la unidad donde se realizará el análisis. De esta forma no sólo se eliminan tiempos de espera si no también se ahorran recursos como papel de impresión, tinta y energía, además el personal puede dedicarse a otras tareas. Este sistema debe identificar cuál es el tópico que solicita los análisis, de tal forma que los resultados los envíe directamente a este tópico, para ello se necesitará una impresora en cada tópico y una computadora que permita observar los resultados como radiografías y ecografías.

En el mercado estadounidense ya existe este software, el que puede ser adquirido por medio de una consultora especializada y amoldada a la situación real del hospital, caso contrario se puede contratar a una consultora para que programe este software de acuerdo a las necesidades del hospital.

Tello Díaz, R. E. (2005) “Sistema de control del archivo de pacientes y de farmacia del hospital de la Policía Nacional Civil”. Para optar el título de Ingeniero en Ciencias y Sistemas, en la Facultad de Ingeniería de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.

Resumen

La ingeniería del software es una actividad reciente, surgió a raíz de la necesidad de crear, cada vez aplicaciones más grandes y complejas. Dentro de la ingeniería del software se han desarrollado diversos métodos y técnicas para la creación de software que responda a las necesidades planteadas y cuya creación, implique el menor costo posible.

Por ciclo de vida, se entiende la sucesión de etapas por las que pasa el software desde que un nuevo proyecto es concebido hasta que se deja de usar. Para el desarrollo del sistema de control del archivo y de farmacia del Hospital de la Policía Nacional Civil, se utilizó el método de ciclo de vida del software.

En la primera parte del trabajo se hace referencia al marco conceptual y marco teórico que sirven de base para la creación del sistema, luego utilizando el método del ciclo de vida del software, se describen las fases de análisis y diseño del sistema, para concluir con el manual de usuario de la aplicación final.

En la actualidad el personal realiza todas estas operaciones a través de fichas médicas, las cuales son almacenadas en archivos, los cuales generan un gran volumen de papel que con lleva un descontrol al momento de organizar o localizar un determinado expediente.

Para mejorar esta situación, el HPNC desea contar con un sistema de información que le facilite el papeleo y reduzca la utilización de archivos físicos. Por lo cual está dispuesto a realizar una capacitación de su personal a nivel de control de computadoras, Windows entre otros aspectos.

Conclusiones

1. El software incluye los programas de ordenador, las estructuras de datos que manejan esos programas y toda la documentación que debe acompañar al proceso de desarrollo, mantenimiento y uso de dichos programas.
2. El software no se estropea pero sí se deteriora, cuando las necesidades que debe satisfacer cambian.
3. El software es un producto, pero por su naturaleza es lógico, por lo que no sigue

la misma línea de creación de otros productos hechos por el hombre, lo que significa que tiene sus propias características y sus propios problemas de creación.

4. La ingeniería del software es el establecimiento y uso de principios de ingeniería robustos, orientados a obtener software económico, fiable, que funcione de manera eficiente y que cumpla con los requisitos deseados.
5. Una institución grande como el Hospital de la Policía Nacional Civil, y con una perspectiva de crecimiento como la que se espera en una institución como la Policía Nacional Civil, debe contar con un sistema de informática que permita prestar un servicio rápido y eficiente.
6. Una base de datos es un conjunto de datos organizados para su almacenamiento en un ordenador o computadora, diseñado para facilitar su mantenimiento y manipulación.
7. Para el diseño e implementación de una base de datos existen muchos modelos, en la actualidad el modelo más utilizado es el modelo “entidad – relación”, en el que se tiene un conjunto de entidades con las respectivas relaciones entre ellas.

Plaza Vélez, L. E. (2010). “Sistema de comunicación e información y diseño del Cuadro de Mando Integral <CMI> para la gestión estratégica en el Hospital Docente de la Policía de Guayaquil”. Para obtener el grado de Magister en Administración de Empresas con mención en Recursos Humanos en la Unidad de Postgrado de la Universidad de Guayaquil. Guayaquil.

Resumen

Se expone una investigación-acción sobre la atención y gestión hospitalaria en el Hospital Docente de la Policía de Guayaquil y se propone para su planificación estratégica incorporar el modelo de Cuadro de Mando Integral <CMI> o “Balanced Scorecard”. El Hospital inició la construcción de un sistema informatizado para cumplir la normativa del Ministerio de Salud Pública a través de: a) definir un modelo de admisión en la atención a los servicios médicos con registro de ingresos/egresos de

usuarios; b) utilizar el modelo de Historia Clínica <HC> recurriendo a la informática en línea para las adquisiciones de datos ligados a indicadores, para mejorar la eficacia operativa; y, c) diseñar el CMI en tres niveles con creación de indicadores de procesos <Process Scorecard> y objetivos aplicados a la atención y gestión estratégica del hospital.

La importancia del uso del Cuadro de Mando Integral estructurado por Kaplan y Norton en la década de los 90 para la gerencia estratégica empresarial, es revisada a la luz de su aplicación en organizaciones sin fines de lucro, apreciándose los problemas organizacionales de su implantación en las nuevas tareas de atención y gestión que están promoviéndose en el Hospital. Se interviene en el diseño computarizado de la H.C, formulación de indicadores para atención y gestión así como en el diseño de los CMI. La ejecución está fuera de las metas planteadas, aunque no hay obstáculo para aplicación posterior de él.

En el Hospital de la Policía de Guayaquil se avanza en un proceso de automatización de la información a través de lo que sería la Historia clínica informatizada. Se espera establecer también elementos de control y proporcionar información de la gestión hospitalaria. Los sistemas de información hospitalarios requieren proporcionar respuestas en tiempo real en medio del ambiente dinámico, voluble, irregular e inestable, todo esto en el ámbito de la planificación estratégica y ante lo cual la implantación del Cuadro de Mando integral <CMI> parece ser una herramienta eficiente. Sin embargo, hay que considerar que este sistema inicialmente propuesto para las empresas comunes y que buscan rentabilidad financiera a sus accionistas, debe modificarse para las instituciones sin fines de lucro y las empresas de servicio, que se presentan distantes del esquema tradicional de un CMI. A ello se añade la cooperación con el modelo de niveles de control de Simons (2000) que hace planteamientos razonables como pasos a seguir para implementar un CMI. Se propone iniciar con el diseño de un plan de implantación sistémica de información y comunicación computarizada en el área de informática del hospital de la Policía con una pequeña extensión de control gerencial de varios procesos de gestión en la atención hospitalaria para que responda a sus necesidades, sea un complemento útil de la estrategia general del hospital y servir de modelo para la instalación de un CMI corporativo del Hospital Docente de la Policía de Guayaquil. En este contexto, se

pretende desarrollar para el Hospital un sistema que permita aliviar la organización de Historias clínicas y extraer de ellas, en forma ordenada, la información e indicadores para la gerencia del Hospital. Luego de esta primera fase de automatizar los procesos de adquisiciones de las informaciones, reformulando la organización del centro de cómputo, y a partir del plan estratégico se diseñará el CMI, según los niveles de uso e interés para la atención y gestión del hospital

El objetivo general fue mejorar la gestión y atención del Hospital Docente de la Policía 2 de Guayaquil a través de la organización en forma sistémica e informatizada de la Historia Clínica y otros elementos administrativos, para obtener registros epidemiológicos y gerenciales oportunos y confiables, que permitan la aplicación del plan estratégico y diseñar el CMI, como modelo de gestión que traduce la estrategia en operación, para mejorar la gerencia hospitalaria y atención a los usuarios.

Los objetivos específicos fueron:

- Definir un Modelo de Admisión, dentro del sistema de atención, a los servicios médicos que sugiera y registre los procesos de ingresos/egresos de usuarios al hospital, con control informático, para la gestión y usos en los diversos servicios.
- Delinear el modelo de Historia clínica aplicada a los diversos servicios del Hospital y utilizado por el Departamento de informática en el desarrollo de un sistema de adquisiciones de datos en tiempo real y que desarrolle informáticamente, en los procesos hospitalarios, los indicadores de atención y gestión para una eficacia operativa hospitalaria.
- Diseñar el instrumento CMI para los tres niveles del hospital: 1-Especialidad; 2- Departamental <Unidad Productiva de Atención>; y, 3- Subdirección y Dirección <Subgerencia y Gerencia>, con creación de indicadores de procesos y estratégicos aplicados a la atención y gestión estratégica del hospital.

Conclusiones

El Cuadro de Mando Integral CMI, en Inglés "Balanced Scorecard", desarrollado por Robert Kaplan y David Norton, es una herramienta que clarifica la Misión, Visión y las actividades que día a día efectúa una organización conservando la proyección del largo plazo; comunica con fuerza las estrategias traducidas en indicadores previniendo

la dispersión de esfuerzos y actúa además como sistema contralor y de aprendizaje del negocio. Sin embargo; es un riesgo muy alto intentar aplicarlo sin un modelo internamente bien elaborado, por lo que hay que insistir en establecer primariamente una buena eficiencia operativa, contar con un sólido sistema de captación de datos <en línea o tiempo real>, elegir indicadores que no dispersen el contenido estratégico y contar con el apoyo sostenido de la dirección política empresarial.

El Process Scorecard <PSC>, es una herramienta muy comprensible y adaptable para la naturaleza de los procesos de atención y gestión hospitalarios, que según nuestra apreciación ayuda en las etapas de crecimiento administrativo y deben ser esenciales para la Eficacia Operativa, entendida como parte de la estrategia de desempeño superior, pero no suficiente para la sustentabilidad estratégica, donde se desarrolla con expectativas poderosas el CMI. Esta asociación complementaria reciente debe fortalecerse, y posiblemente ajustarse, con el desarrollo de nuevas experiencias.

Entre estos ajustes quizás cabría definir mejor, y en forma diferenciada, los indicadores de costo que frecuentemente están orientados a situarse dentro de la perspectiva financiera pero que, desde el punto de vista de procesos y el mapa del PSC, se los puede ubicar preferentemente dentro de los procesos integradores; esto es en la zona de procesos que para las instituciones sin fines de lucro, como los hospitales, apuntalan la misión que está llamada a la satisfacción de los usuarios o clientes y para definir mejor los liderazgos institucionales.

Los Hospitales, entre ellos el Hospital de la Policía, afrontan el desafío de adaptar su cultura institucional así como sus modelos de atención y gestión a nuevas capacidades gerenciales considerando el enfoque de empresa social. La tendencia de las condiciones actuales en las que se encuentra el Hospital de la Policía de Guayaquil es favorable para una implementación futura (a mediano plazo) de una herramienta como el CMI. No obstante, existen ciertos puntos en los cuales deben hacerse decisiones claras, como es la instalación de los elementos captadores de la información que se genera en cada Unidad

Productiva <Estratégica> de Atención; definir mejor y en conjunto con los actores, los indicadores que acompañan a cada objetivo estratégico: Todo lo anterior debe implantarse luego de establecer las metas y actividades medibles de la productividad

que acompañan y miden a la eficacia operativa.

El CMI debe adaptarse al Hospital. Sin embargo, la organización tiene que hacer modificaciones y cumplir ciertos requerimientos, vitales para contar con un sistema de apoyo a la estrategia. Se puede considerar como estándar aceptable para el sistema de información adquirido perseguir la meta en que al menos un 80% se adapte al CMI de la organización. Las avanzadas tecnologías de la información y el registro sistematizado computacional en tiempo real de las actividades productivas son imprescindibles para poder desarrollar un CMI y la planificación estratégica empresarial.

Silva Cachay, J. (2007). “Tecnología web como soporte en el proceso de seguimiento del historial médico ambulatorio en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú, en Lima Metropolitana”. Tesis para optar el título de Ingeniero de Sistemas e Informática en la Universidad Alas Peruanas. Lima

Resumen

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo el empleo de la tecnología web como soporte durante el proceso de seguimiento del historial médico ambulatorio de pacientes en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú, en Lima Metropolitana.

La investigación aborda el planteamiento metodológico, el marco teórico, la construcción de la herramienta y el análisis e interpretación de los resultados.

Luego de describir el planteamiento metodológico que contiene la realidad problemática, se continúa con la definición del problema y de los objetivos e hipótesis. Además, se define el tipo y nivel de investigación, así como el método de la misma.

Tras realizar la construcción de la herramienta, se exponen las características genéricas de la aplicación informática, el análisis del sistema y el diseño del mismo.

Finalmente, se hace la prueba empírica para la recopilación, análisis e interpretación de los resultados obtenidos, en el marco de la prueba de la hipótesis.

El objetivo de la investigación fue determinar la manera en que la tecnología web

aplicada al proceso de seguimiento del historial médico ambulatorio de pacientes influye en la gestión administrativa en el Hospital Central de la PNP de Lima Metropolitana.

Conclusiones

- El tiempo promedio en buscar un historial médico sin la herramienta fue de 28,735 minutos. Después de la implementación de la herramienta, el tiempo fue de 5,551 minutos. Esto evidencia una reducción significativa de 23,184 minutos, lo que redundará en la satisfacción del paciente y de los médicos, además de permitir contar con información confiable y en tiempo real del paciente.
- La hipótesis está contrastada porque la tecnología web como soporte al proceso de seguimiento del historial médico ambulatorio de pacientes influye positivamente en la gestión administrativa en el Hospital Central de la PNP de Lima Metropolitana.

Por lo que se recomendó:

- Se debe contar permanentemente con el apoyo de los directores del Hospital de la PNP, así como también con la colaboración de las personas involucradas en el proceso de seguimiento del historial médico ambulatorio de pacientes, a fin de coadyuvar a un continuo mejoramiento del sistema.
- Con respecto a la seguridad de la información, se debe tener en cuenta las normas para definir privilegios y permisos de usuarios, además de hacer backup periódicos de la información con la finalidad de salvaguardar su integridad.
- Se debe capacitar en forma permanente al personal involucrado con el nuevo sistema, a fin de garantizar la eficiencia en su trabajo.

Bermúdez Barrera, W., Merizalde Heredia, F. (2013). “Implementación de Call Center para el Hospital General de Fuerzas Armadas N° 1”. Artículo científico, Maestría en Administración de Empresas. Espe. Sede Sangolquí Ecuador. Fecha de publicación abril 2013, editorial Sangolquí/Espe.

Resumen

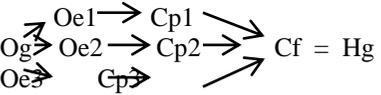
El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas brinda el Seguro de Salud a aproximadamente 250.000 personas, a través de las unidades de salud militar, especialmente el Hospital General de las Fuerzas Armadas (HG.1), que como tercer nivel, es referente nacional para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades complejas que no pueden ser atendidas en los niveles uno y dos, siendo su área de influencia todo el territorio nacional, generando alta congestión en el servicio de consulta externa. El objetivo general del estudio fue determinar la factibilidad técnica y financiera de la implementación de un Call Center que permita asignar, confirmar y reasignar las citas médicas, optimizar la capacidad instalada, reducir la congestión de la consulta externa, mejorar la gestión del mercadeo, incrementar el número de atenciones y reducir el ausentismo de los pacientes, implementar un sistema de generación de información, reducir los costos de la obtención de citas, beneficiando a los pacientes. Para alcanzar este objetivo se procedió a recopilar la información empleando encuestas y revisión bibliográfica, respecto a la situación del HG.1, características de los pacientes y el funcionamiento del Call Center, la que fue procesada a través de métodos científicos como el analítico-sintético e inductivo-deductivo.

Anexo 2.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: “PROCESO ADMINISTRATIVO DE ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTA EXTERNA Y SU INCIDENCIA EN LA CALIDAD DEL SERVICIO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ “LUIS N. SÁENZ”

Problema (Preguntas)	Objetivos	Hipótesis	Variabes	Dimensiones	Indicadores	Metodología
<p>General</p> <p>¿De qué manera los subprocesos administrativos de atención médica en consulta externa inciden en la calidad del servicio de atención en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”?</p>	<p>General</p> <p>Determinar la incidencia de los subprocesos administrativos de atención médica en consulta externa en la calidad del servicio de atención en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”</p>	<p>General</p> <p>Los subprocesos administrativos de atención médica en consulta externa inciden en la calidad del servicio de atención en el Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”</p>	<p>V. Independiente (X)</p> <p>Proceso administrativo de atención médica en consulta externa</p>	<p>X1. Asignación de Citas</p> <p>X2. Gestión de la Historia clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Tiempo de espera •Registro en el cuaderno •Registro en la tarjeta única de atención •Apertura de HC •Recepción por el asistente consultorio •Registro por el médico •Requerimiento al médico solicitante •Remite al servicio médico solicitante •Registro por el médico. 	<p>Tipo de investigación</p> <p>Por su finalidad es aplicada, porque resuelve problemas de naturaleza práctica, aplicando resultados establecidos</p> <p>Por su alcance temporal es transversal, así como, seccional o sincrónica, porque estudia los fenómenos en un periodo de tiempo corto o en un momento específico</p> <p>Según criterios y tipos de investigación que presenta Sierra Bravo (1988:32 – 37)</p> <p>Nivel de Investigación</p> <p>El nivel empleado es el descriptivo. Porque trata de encontrar una posible relación entre la variable independiente y la dependiente.</p>
<p>Específicos</p> <p>Pe1¿De qué manera la asignación de cita mediante la tarjeta única de atención como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa incide en la calidad de atención en el Hospital?</p>	<p>Específicos</p> <p>Oe1Especificar la incidencia de la asignación de cita mediante la tarjeta única de atención como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa en la calidad de atención en el HN Luis N. Sáenz.</p>	<p>Específicas</p> <p>He1. El subproceso asignación de cita incide en la calidad de atención en el HN Luis N. Sáenz.</p>	<p>V. Dependiente (Y)</p> <p>Calidad de atención</p>	<p>X3. Prescripción y dispensación de medicamentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Recepción del listado de medicamentos existente en el stock de la farmacia de SALUDPOL •Elaboración de receta médica •Registro en historia clínica •Entrega de la receta al paciente •Presentación ante el área de farmacia de SALUDPOL 	<p>Método y diseño de investigación y Contrastación</p> <p>Método</p> <p>El método principal es el MIC y los auxiliares son el inductivo, deductivo, análisis, síntesis, observacional y estadístico</p> <p>Diseño de Investigación</p> <p>Descriptivo correlacional</p> <p>Diagrama</p> <p>Oy M Ox</p> <p>Significado</p>
<p>Pe2¿De qué manera la gestión de la historia clínica como parte del</p>	<p>Oe2Determinar la incidencia de la gestión de la historia clínica</p>	<p>He2 El subproceso historia clínica incide en la calidad de atención</p>				

<p>proceso administrativo de atención médica en consulta externa incide en la calidad de atención en el Hospital?</p> <p>Pe3¿De qué manera la prescripción y dispensación de medicamentos como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa incide en la calidad de atención en el Hospital?</p>	<p>como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa en la calidad de atención en el HN Luís N. Sáenz</p> <p>Oe3 Especificar la incidencia de la prescripción y dispensación de medicamentos como parte del proceso administrativo de atención médica en consulta externa en la calidad de atención en el HN Luís N. Sáenz</p>	<p>en el HN Luís N. Sáenz.</p> <p>He3 El subproceso de prescripción y dispensación de medicamentos incide en la calidad de atención en el HN Luís N. Sáenz</p>		<p>Y1. Expectativas.</p> <p>Y2. Percepción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •Verificación en el listado de medicamentos existentes en el stock de la farmacia de SALUDPOL, verificación física del medicamento •Entrega al paciente •Retorno al consultorio para cambio de medicamento por el médico (si no hay medicamento) <p>-Elementos tangibles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiabilidad -Capacidad de respuesta - Seguridad - Empatía 	<p>M → Muestra</p> <p>y, x, → Subíndices, observaciones</p> <p>r → Indica la posible relación entre las variables estudiadas</p> <p>Diseño de Contrastación</p>  <p>Población y Muestra</p> <p>Población</p> <p>La población materia de nuestra Investigación corresponden a los usuarios del hospital (titulares y familiares) que corresponde a 19,486 usuarios por mes.</p> <p>Muestra</p> <p>La muestra con que se debe trabajar es de 385 entre titulares y familiares (al 95% de confianza y 5% de error)</p> <p>Estadísticos</p> <p>La estadística descriptiva, para medir las medidas de centralización (media, moda, mediana, cuartiles) y las medidas de dispersión y variabilidad (la desviación estándar y varianza)</p> <p>Así mismo la correlación de Pearson, la correlación de Spearman y Chi cuadrado</p> <p>Técnicas e Instrumentos de recolección de datos</p> <p>Cuestionario aplicado a titulares y familiares que se atienden en el hospital</p> <p>Entrevistas no estructuradas aplicadas al Director y Sub director del HN LNS.</p>
---	---	--	--	---	--	--

Anexo 3.

PROCESO DE OBTENCIÓN DE LAS PREGUNTAS PARA EL INSTRUMENTO

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Independiente X Proceso administrativo de atención médica en consulta externa	X1 Asignación de Citas	<ul style="list-style-type: none"> • Tiempo de espera • Registro en el cuaderno • Registro en la tarjeta única de atención 	<ul style="list-style-type: none"> • A qué horas acude • Cuánto tiempo espera de turno para la cita • Se registra manualmente su cita en el cuaderno • Se Registra en la tarjeta única en atención con la fecha y hora de la consulta
	X2 Gestión de la Historia clínica	<p>Por primera vez</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apertura de HC • Recepción por el asistente consultorio • Registro por el médico <p>Por segunda vez y subsiguientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presenta su requerimiento al médico solicitante • Remite al servicio médico solicitante • Recepción por la asistente del consultorio • Es registrado por el médico 	<p>Por primera vez</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entregó sus datos personales y registró de número de historia clínica para el archivo central, la primera vez • Le entrega los datos al asistente del consultorio, la primera vez • Es registrado por el médico en la historia clínica , la primera vez <p>Por segunda vez y subsiguientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presenta su requerimiento de atención al servicio médico solicitante, la segunda vez y subsiguientes • Se remite la historia clínica al servicio médico solicitante, la segunda vez y subsiguientes • Es recepcionada la historia clínica por la asistente del consultorio, la segunda vez y subsiguientes • Es registrado en la historia clínica por el médico, la segunda vez y subsiguientes • Se encontraba su HC en el consultorio externo el día que fue citado
		<ul style="list-style-type: none"> • Recepción del listado de medicamentos existente en el stock de la farmacia de SALUDPOL 	<ul style="list-style-type: none"> • Ha recibido el total de medicamentos prescritos por el médico • El médico elabora la receta médica

	X3 Prescripción y dispensación de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de receta médica • Registro en historia clínica • Entrega de la receta al paciente • Presentación ante el área de farmacia de SALUDPOL • Verificación en el listado de medicamentos existentes en el stock de la farmacia de SALUDPOL, verificación física del medicamento • Entrega al paciente <p>Si hay No hay problema Si no hay Retorno al consultorio para cambio de medicamento por el médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El médico la registra en la historia clínica • El médico le entrega la receta al paciente • Presenta la receta ante el área de farmacia de SALUDPOL • Cuenta el médico con un listado del stock de medicamentos de la farmacia de SALUDPOL • Ha retornado al consultorio para cambio de medicamento por el médico
Independiente Y Calidad de atención	Expectativas de calidad de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Elementos tangibles (aparición física de las instalaciones, equipos, personal, etc.) • Fiabilidad (habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa desde la primera vez) • Capacidad de respuesta (disposición de ayudar y servir rápidamente a los clientes) • Seguridad (habilidades y conocimientos de los empleados para inspirar credibilidad y confianza) • Empatía (atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Que el personal de informes, le oriente y explique de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa. • Que la consulta con el médico se realice en el horario programado • Que su atención se realice respetando la programación y el orden de llegada del paciente • Que su historia clínica se encuentre disponible para su atención en el consultorio • Que las citas se encuentren disponibles y se obtengan con facilidad • Que la atención en caja o el módulo del Seguro de Salud sea rápida • Que la atención para tomarse análisis de laboratorio sea rápida • Que la atención para tomarse exámenes radiográficos sea rápida • Que la atención en farmacia de consulta

			<p>externa sea rápida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad • Que el médico le realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención • Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud. • Que el médico que atenderá su problema de salud le inspire confianza. • Que el personal de consulta externa le escuche atentamente y trate con amabilidad, respeto y paciencia • Que el médico que le atenderá muestre interés en solucionar su problema de salud • Que el médico le explique a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención • Que el médico le explique a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá, tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos • Que el médico le explique a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizarán • Que la señalización de la consulta externa (carteles, letreros y flechas) sean adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes • Que la consulta externa cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes • Que los consultorios cuenten con los equipos y
--	--	--	---

			<p>materiales necesarios para su atención</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que el consultorio y la sala de espera sean limpios, cómodos y acogedores
	Percepción sobre la calidad de servicios		<ul style="list-style-type: none"> • El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa • La consulta con el médico se realizó en el horario programado • Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada • Su historia clínica se encontró disponible en el consultorio para su atención • Las citas se encontraron disponibles y se obtuvieron con facilidad • La atención en caja o el modulo del Seguro de Salud fue rápida • La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida • La atención para tomarse exámenes radiográficos fue rápida • La atención en farmacia de consulta externa fue rápida • Durante su atención en el consultorio se respetó su privacidad • El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motivó su atención • El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su

			<p>problema de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El médico que le atendió le inspiró confianza • El personal de consulta externa lo escuchó atentamente y trato con amabilidad, respeto y paciencia • El médico que lo atendió mostró interés en solucionar su problema de salud • El médico le explicó a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención • El médico le explicó a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá, tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos • El médico le explicó a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizaron • La señalización de la consulta externa (carteles, letreros y flechas) le parecen adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes • La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes • Los consultorios contaron con los equipos y materiales necesarios para su atención • El consultorio y la sala de espera estuvieron limpios, cómodos y acogedores
--	--	--	--

Anexo 4

INSTRUMENTO

“PROCESO ADMINISTRATIVO DE ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTA EXTERNA Y SU INCIDENCIA EN LA CALIDAD DEL SERVICIO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ “LUIS N. SÁENZ”

Cuestionario sobre sub procesos administrativos de atención médica en consulta externa y su incidencia en la calidad de atención.

Estimado:

El presente Test, es para evaluar si los sub procesos administrativos de atención médica en consulta externa inciden en la calidad del servicio en el Hospital Nacional PNP “LUIS N. SÁENZ”; tiene el propósito de contribuir a encontrar la solución del problema,

NO ESCRIBAS TU NOMBRE en la encuesta. Las respuestas que des se conservaran como privadas. Nadie va a saber que escribiste. Se recomienda contestar todas las preguntas. Asegúrate de leer cada pregunta. Cuando termines de responder la encuesta sigue las instrucciones de la persona que te la dio. El tiempo promedio en resolver el test es de 15 minutos.

GRACIAS.

Encuesta N°	
Fecha	

Edad		
Sexo	Hombre	1
	Mujer	2
Encuestado	Titular	1
	Familiar	2

La valoración de cada ítem requiere un cruce de información entre los integrantes del grupo de evaluación. Para evaluar marque con un aspa (X), teniendo en cuenta la siguiente escala valorativa para la variable dependiente (Instrumento SERVQUAL)

- A: Totalmente importante – Totalmente de acuerdo
 B: Muy importante – De acuerdo
 C: Importante – Indiferente
 D: Poco importante – En desacuerdo
 E: Sin ninguna importancia – Totalmente en desacuerdo

Aspectos a evaluarse
 Variable Independiente “X”
 Proceso de atención en consulta externa

PREGUNTAS		ALTERNATIVAS			
ASIGNACIÓN DE CITAS					
1. ¿A qué horas acude?	De 0600 a 0630 am	De 0630 a 0700 am	De 0700 a 0730 am	De 0730 a 0800 am	
2. ¿Cuánto tiempo espera de turno para la cita?	De 1 a 10 días	De 11 a 20 días	De 21 a 30 días	De 31 días a mas	
3. ¿Se registra manualmente su cita en el cuaderno?	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	
4. ¿Se Registra en la tarjeta única de atención con la fecha y hora de la consulta?	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	
GESTIÓN DE HISTORIA CLINICA					
5. Entregó sus datos personales y registro de número de historia clínica para el archivo central, la primera vez	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	
6. Le entrega los datos al asistente del consultorio, la primera vez	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	
7. Es registrado por el médico en la historia clínica , la primera vez	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	
8. Presenta su requerimiento de atención al servicio médico solicitante, la segunda vez y subsiguientes	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	
9. Se remite la historia clínica al servicio médico solicitante, la segunda vez y subsiguientes	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	
10. Es recepcionada la historia clínica por la asistente del consultorio, la segunda vez y subsiguientes	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	
11. Es registrado en la historia clínica por el médico, la segunda vez y subsiguientes	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	
12. ¿Se encontraba su historia clínica en el consultorio externo el día que fue citado?	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	
PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS					
13. ¿Ha recibido el total de medicamentos prescritos por el médico?	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	
14. El médico elabora la receta médica	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	
15. El médico la registra en la historia clínica	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	
16. El médico le entrega la receta al paciente	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	
17. Presenta la receta ante el área de farmacia de SALUDPOL	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	
18. Cuenta el médico con un listado del stock de medicamentos de la farmacia de SALUDPOL	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	
19. Ha retornado al consultorio para cambio de medicamento por el médico	Siempre	Casi siempre	Casi nunca	Nunca	

Variable Independiente “Y”

Calidad de atención (INSTRUMENTO SERVQUAL)

ITEM	EVALUACION				
	A	B	C	D	E
EXPECTATIVAS DE CALIDAD DE SERVICIOS					
1. Que el personal dé informes, le oriente y explique de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa.	A	B	C	D	E
2. Que la consulta con el médico se realice en el horario programado	A	B	C	D	E
3. Que su atención se realice respetando la programación y el orden de llegada del paciente	A	B	C	D	E
4. Que su historia clínica se encuentre disponible para su atención en el consultorio	A	B	C	D	E
5. Que las citas se encuentren disponibles y se obtengan con facilidad	A	B	C	D	E
6. Que la atención en caja o el modulo del Seguro de Salud sea rápida	A	B	C	D	E
7. Que la atención para tomarse análisis de laboratorio sea rápida	A	B	C	D	E
8. Que la atención para tomarse exámenes radiográficos sea rápida	A	B	C	D	E
9. Que la atención en farmacia de consulta externa sea rápida	A	B	C	D	E
10. Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad	A	B	C	D	E
11. Que el médico le realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención	A	B	C	D	E
12. Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud	A	B	C	D	E
13. Que el médico que atenderá su problema de salud le inspire confianza.	A	B	C	D	E
14. Que el personal de consulta externa le escuche atentamente y trate con amabilidad, respeto y paciencia	A	B	C	D	E
15. Que el médico que le atenderá muestre interés en solucionar su problema de salud	A	B	C	D	E
16. Que el médico le explique a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención	A	B	C	D	E
17. Que el médico le explique a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá, tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos	A	B	C	D	E
18. Que el médico le explique a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizarán	A	B	C	D	E
19. Que la señalización de la consulta externa (carteles, letreros y flechas) sean adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes	A	B	C	D	E
20. Que la consulta externa cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes	A	B	C	D	E
21. Que los consultorios cuenten con los equipos y materiales necesarios para su atención	A	B	C	D	E
22. Que el consultorio y la sala de espera sean limpios, cómodos y acogedores	A	B	C	D	E
PERCEPCIONES SOBRE LA CALIDAD DE SERVICIOS					
1. El personal dió informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa	A	B	C	D	E
2. La consulta con el médico se realizó en el horario programado	A	B	C	D	E
3. Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada	A	B	C	D	E
4. Su historia clínica se encontró disponible en el consultorio para su atención	A	B	C	D	E
1. Las citas se encontraron disponibles y se obtuvieron con facilidad	A	B	C	D	E
6. La atención en caja o el modulo del Seguro de Salud fue rápida	A	B	C	D	E

7. La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida	A	B	C	D	E
8. La atención para tomarse exámenes radiográficos fue rápida	A	B	C	D	E
9. La atención en farmacia de consulta externa fue rápida	A	B	C	D	E
10. Durante su atención en el consultorio se respetó su privacidad	A	B	C	D	E
11. El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motivo su atención	A	B	C	D	E
12. El médico le brindó el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud.	A	B	C	D	E
13. El médico que le atendió le inspiró confianza	A	B	C	D	E
14. El personal de consulta externa lo escuchó atentamente y trató con amabilidad, respeto y paciencia	A	B	C	D	E
15. El médico que lo atendió mostró interés en solucionar su problema de salud	A	B	C	D	E
16. El médico le explicó a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención	A	B	C	D	E
17. El médico le explicó a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá, tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos	A	B	C	D	E
18. El médico le explicó a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizaron	A	B	C	D	E
19. La señalización de la consulta externa (carteles, letreros y flechas) le parecen adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes	A	B	C	D	E
20. La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes	A	B	C	D	E
21. Los consultorios contaron con los equipos y materiales necesarios para su atención	A	B	C	D	E
22. El consultorio y la sala de espera estuvieron limpios, cómodos y acogedores	A	B	C	D	E

Anexo 5

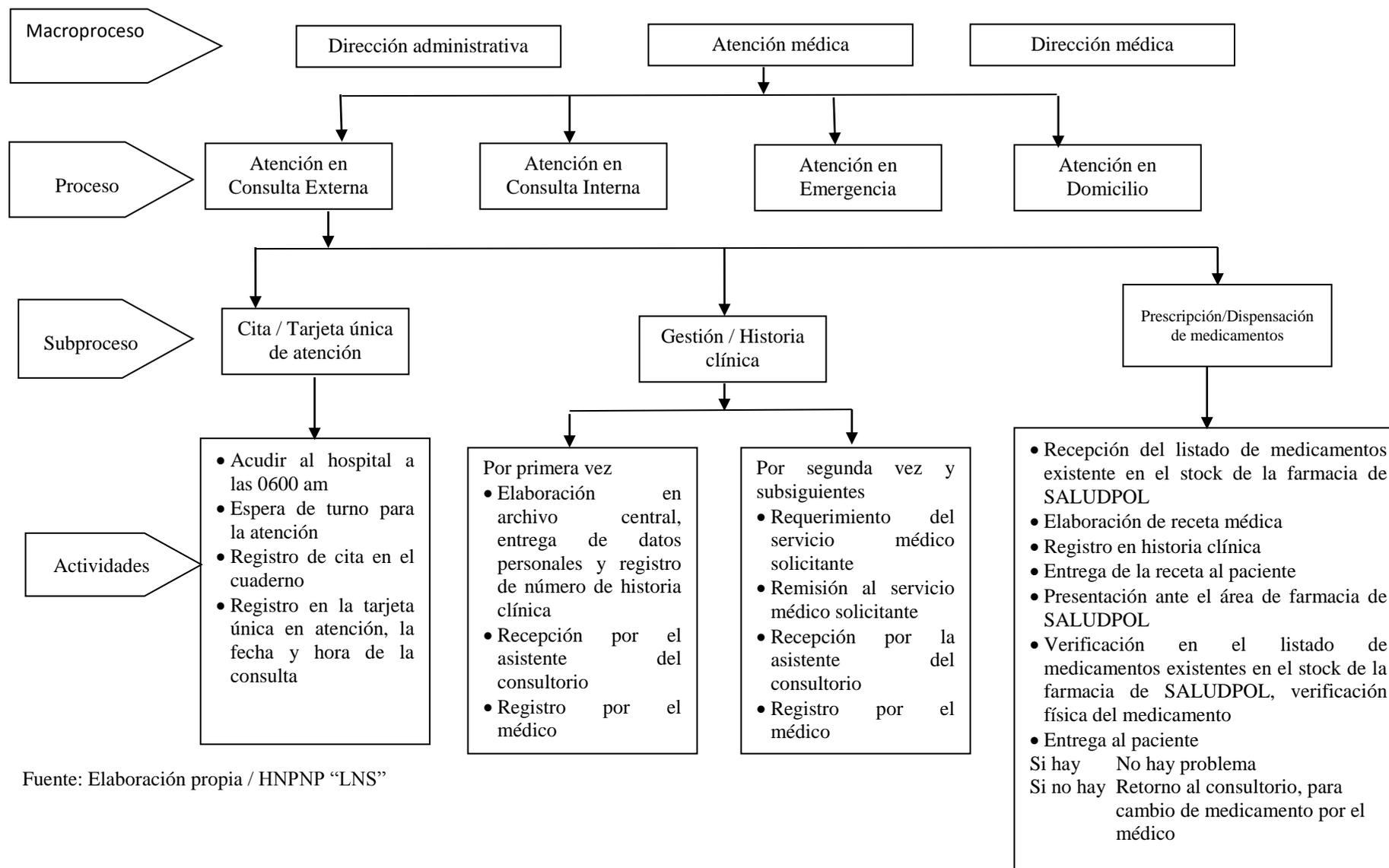
INSTRUMENTO DE ENTREVISTA DIRIGIDA AL DIRECTOR DEL HOSPITAL GRAL (S) Médico PNP César Eduardo BRAVO DE RUEDA ACCINELLI.

“PROCESO ADMINISTRATIVO DE ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTA EXTERNA Y SU INCIDENCIA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ “LUIS N. SÁENZ”

Lineamientos básicos para la entrevista no estructurada sobre Procesos administrativos de atención médica en consulta externa y su incidencia en la calidad de atención al Sr. Director del Hospital Nacional PNP “LUIS N. SÁENZ”

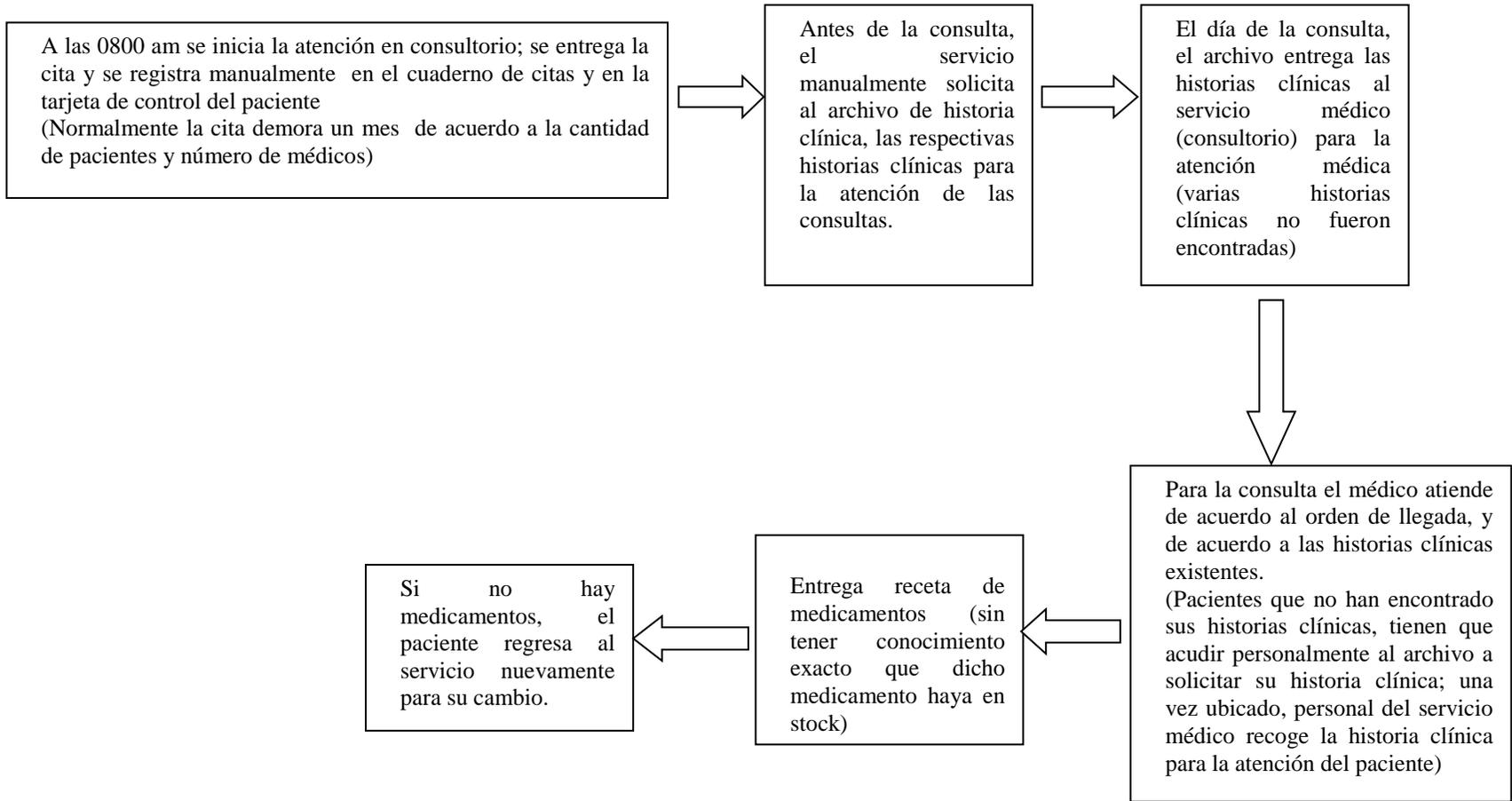
- 1.- ¿El Hospital cuenta con un Plan Estratégico?
- 2.- ¿El Hospital cuenta con personal capacitado en las diferentes áreas?
- 3.- ¿El Hospital enfrenta dificultades para satisfacer la demanda de servicios?
- 4.- ¿A su criterio como es el tiempo de espera de consultas programadas?
- 5.- ¿Se puede mejorar este tiempo de espera, cambiando personal en algunas áreas, capacitando al personal y motivándolos a adquirir una actitud más positiva?
- 6.- ¿Hay orden en el trabajo y la institución?
- 7.- ¿El Hospital trabaja en forma reactiva o proactiva?
- 8.- ¿El personal esta motivado?
- 9.- ¿Cuál es la percepción real de la atención proporcionada a los pacientes?

Anexo 6.
PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE HOSPITAL NACIONAL PNP “LUIS N. SÁENZ”



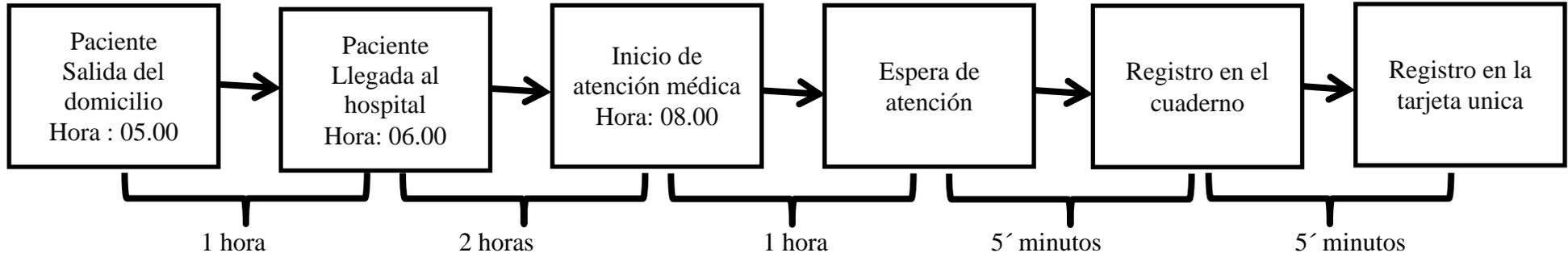
Fuente: Elaboración propia / HNPNP “LNS”

Anexo 7.
PROCESO DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA



Fuente: Elaboración propia/HNPNP “LNS”

Anexo N° 8 SUBPROCESO ACTUAL DE ASIGNACION DE CITAS CON TARJETA UNICA (Fuente: HNPNP “LNS”)

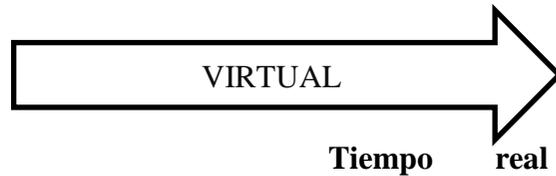


TOTAL: 4 horas con 10 minutos (4.10´) es el tiempo de espera para el subproceso CITAS.

PROPUESTA DEL GRUPO

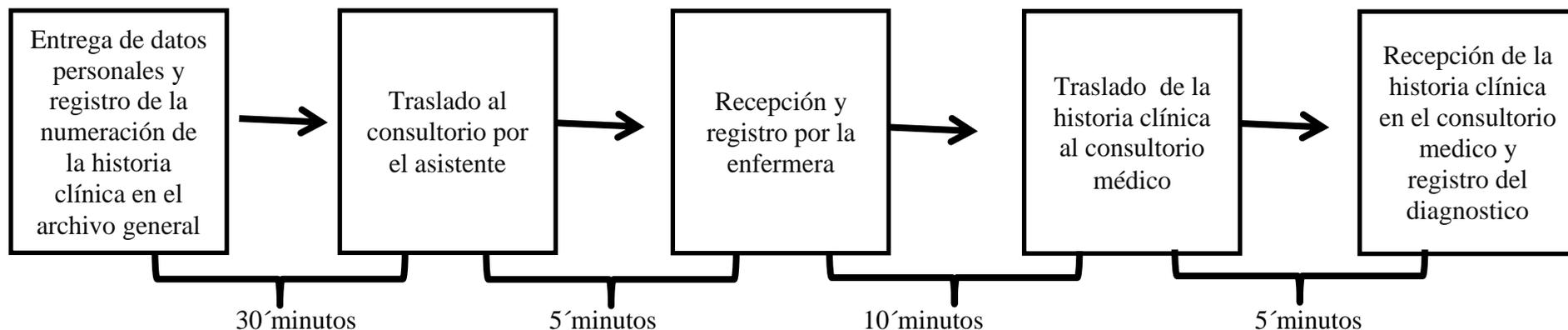
EN EL HOSPITAL REGISTRA LA CITA

PACIENTE DESDE EL DOMICILIO



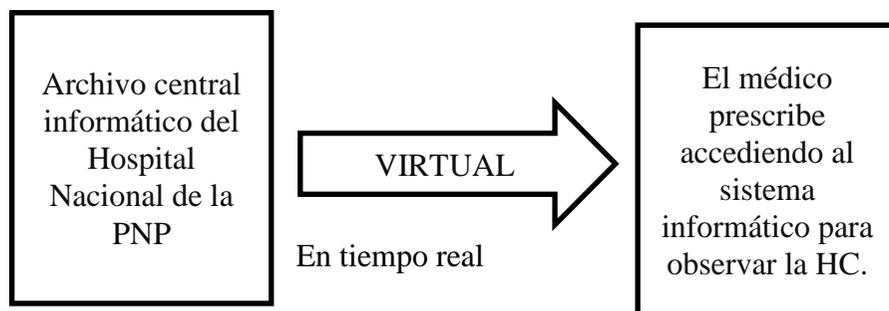
SOLICITA LA CITA

Anexo N° 9 SUBPROCESO ACTUAL DE GESTIÓN DE HISTORIA CLÍNICA (Fuente: HNPNP “LNS”)

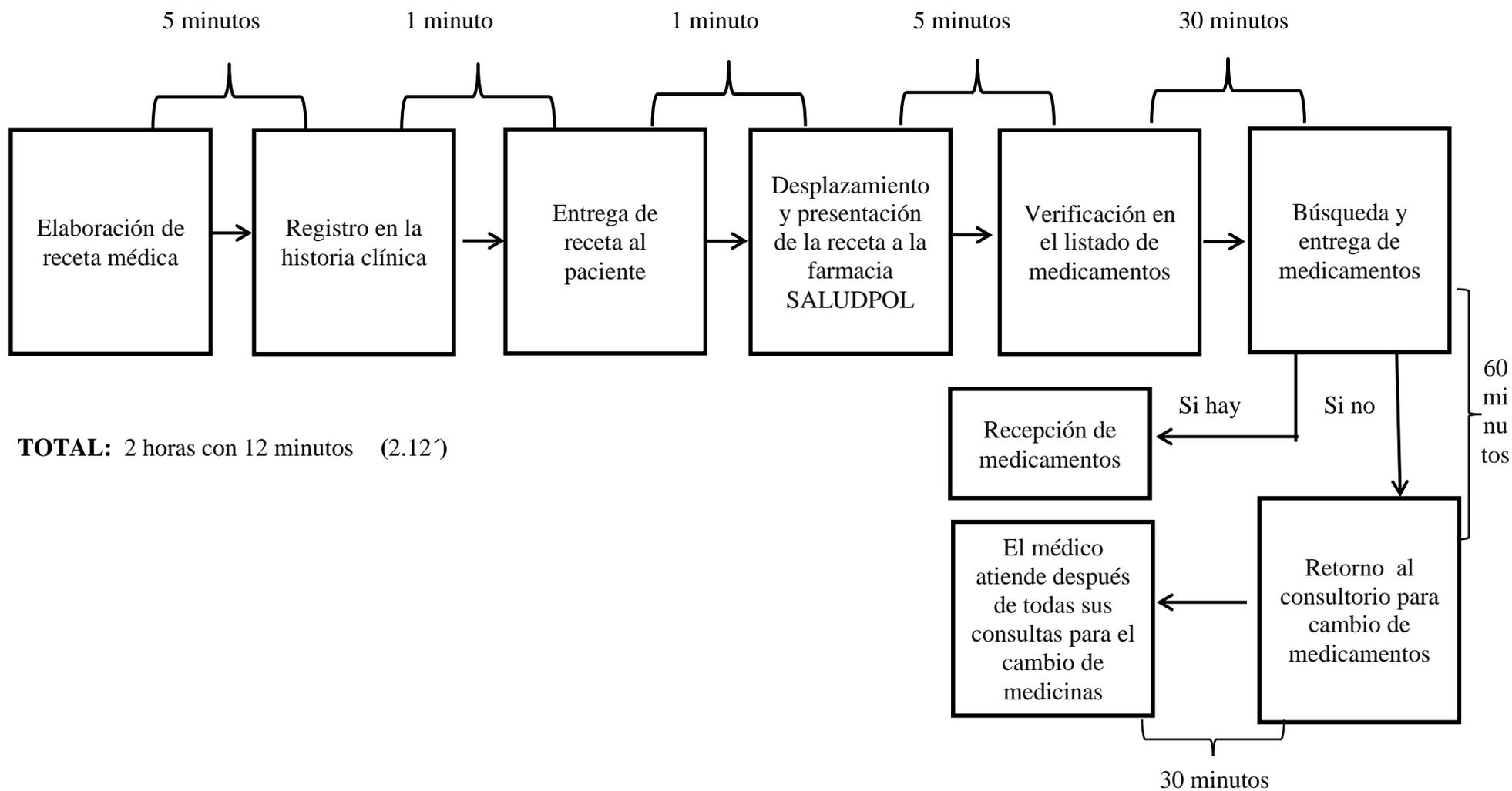


TOTAL: cincuenta minutos (50´) es el tiempo de demora para el subproceso de GESTION DE HISTORIAS CLINICAS

PROPUESTA DEL GRUPO

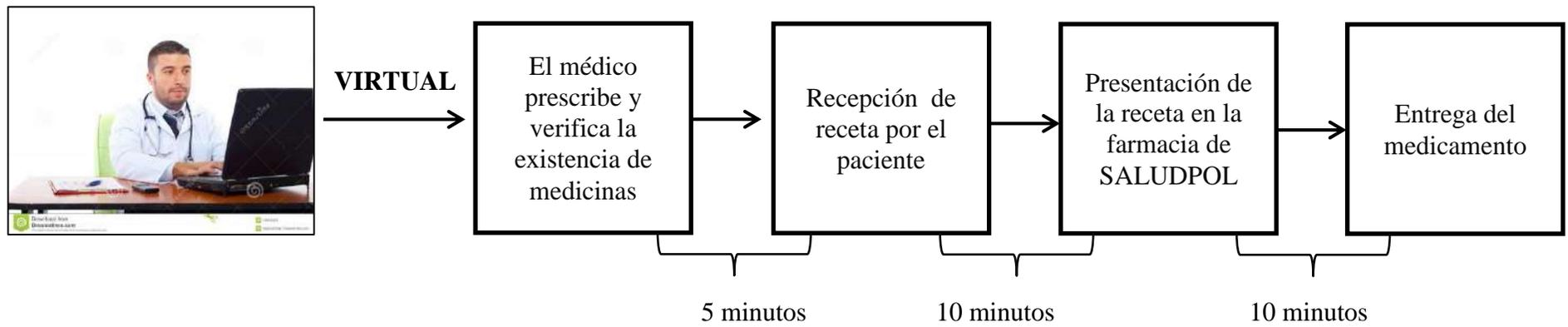


Anexo N° 10 SUBPROCESO ACTUAL DE PRESCRIPCIÓN y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS (Fuente: HNPNP “LNS”)



PROPUESTA DEL GRUPO

EL MEDICO VERIFICA EL STOCK DE MEDICAMENTOS



TOTAL: 25 MINUTOS

Anexo 11

ENTREVISTA AL DOCTOR CÉSAR EDUARDO BRAVO RUEDA ACCINELLI DIRECTOR DEL HOSPITAL NACIONAL PNP "L.N.S"

Mayo, 2014 | Por Grupo de Trabajo.

El General PNP César Eduardo BRAVO RUEDA ACCINELLI, es Médico – Urólogo, y se desempeña actualmente como Director del Hospital Nacional PNP “L.N.S”. Hospital de tercer nivel que depende técnica, funcional y normativamente de la Dirección de Salud de la Policía Nacional del Perú, así como también del Ministerio de Salud. Tiene por finalidad contribuir a mejorar el nivel de vida de la población policial. En esta ocasión, hemos querido realizar esta entrevista al Señor General Bravo Rueda Accinelli para conversar sobre la Gestión del Proceso de Atención Médica en consultorio externo, la problemática existente y propuestas de cambios, al mismo tiempo visibilizar las importantes dificultades que este tipo de cargos de Alta Dirección Pública, plantean.

Señor General, por favor cuéntenos sobre la finalidad del Hospital Nacional de la PNP “Luis N. Sáenz” y su ratificación en el cargo de Director.

Habiendo sido ratificado en el cargo por el señor Presidente constitucional de la república y Jefe Supremo de la Policía Nacional del Perú así como por el Ministro del Interior como Director del Hospital Nacional PNP. “LUIS N. SÁENZ”; es vital la responsabilidad que asumo con el personal que labora bajo mi mando, en promover, proteger, conservar y recuperar la salud integral de la gran familia policial, sin escatimar esfuerzos en el cumplimiento de la noble misión que nos ha sido encomendada; basado en una predica enunciativa de honestidad, eficiencia y disciplina.

En este sentido el Hospital Nacional PNP. “LUIS N. SÁENZ” destaca como uno de los más importantes nosocomios del país; cuya finalidad es brindar una atención de salud especializada de manera oportuna, contribuyendo con la conservación y restablecimiento de la salud del efectivo policial y familiares derecho habientes, condición indispensable para el buen rendimiento laboral y servicio policial.

¿Es forma general cómo visibiliza las importantes dificultades que este tipo de cargos de Alta Dirección Pública, plantean?

En años pasados en el Hospital Central de la PNP atendían profesionales que gozaban de experiencia y fama. De esos años a esta parte todo ha retrocedido, y así tenemos que la infraestructura se ha aglutinado, los profesionales se han retirado dejando al nosocomio en falencia. Los medicamentos por los que acuden los pacientes, en la mayor parte de los casos son atendidos por concesiones. Se llega al límite de atender previa cita, eso nunca había ocurrido.

En lo que respecta al déficit del personal médico, es necesario manifestar que el éxodo de éstos viene produciéndose desde hace varios años, hecho que se incrementó en razón de los magros haberes que perciben, los cuales son equivalentes a los que perciben los oficiales de armas.

¿Cómo se da el proceso de atención médica en consultorio externo, en el Hospital N. SÁENZ?

Las citas se realizan empleándose una misma ventanilla, en la cual no existe un sistema de almacenamiento que muestre la información de forma oportuna, registrándose las mismas en un cuaderno de forma manual, que sumado a la impuntualidad de los pacientes traen como consecuencia una atención desordenada, donde no se controla adecuadamente el movimiento de las historias clínicas, lo que trae como consecuencia el extravío de éstas y la entrega de receta por el médico se realiza sin considerar el listado de medicamentos existente en el stock de la farmacia de SALUDPOL haciendo que el paciente retorne nuevamente al consultorio para cambio de medicamento por el médico.

Por esto se ha visto por conveniente implementar un sistema de registro, introduciendo información y datos en las computadoras, que permita agilizar la atención desterrando las demoras en el registro de datos y en la atención a los pacientes evitando que se generen colas, conflictos de atención, así como malestar de los pacientes debido a la pérdida de tiempo, lo que se quiere es mejorar la calidad del servicio de atención a los pacientes mediante el manejo de información de forma más rápida y eficiente.

Por favor cuéntenos cómo están estructurados los Procesos en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”.

Están estructurados en macro procesos administrativos agrupados en: Gestión administrativa, Gestión médica y Atención médica. Los procesos involucrados en la Gestión administrativa son cuatro: La Dirección de Personal (DIRPER); la Dirección de Economía (DIRECO); el Fondo de Salud Policial (SALUDPOL); y la Admisión y archivos, en donde se registra las historias clínicas de los pacientes. Los procesos involucrados en la Gestión médica, son: los de farmacia, donde se les brinda los medicamentos a los pacientes; laboratorio, lugar donde se realizan radiografías, rayos x y otros exámenes médicos; quirófano, cuando el paciente pasa a operación; y rehabilitación, donde se les brinda tratamiento continuo a los pacientes discapacitados. El Macro proceso de atención médica, comprende cuatro procesos que son: atención en consulta externa, atención en consulta interna, atención en emergencia y atención en domicilio en donde los pacientes podrán ser atendidos; por los médicos en el hospital y /o en sus domicilios, siendo el Proceso de Atención en consulta externa, atención en consulta interna, atención en emergencia y atención en su domicilio. Por su parte el proceso de atención en Consulta Externa, que les depara la presente investigación, está circunscrita en tres sub procesos que son: la cita con tarjeta única de atención, la gestión mediante la historia clínica y la expedición de medicamentos.

¿Cuáles son las claves para poder desempeñarse como Director de un Hospital en forma exitosa?

No hay receta yo creo para esto, a pesar de que uno tiene una formación en gestión y ha hecho algunos cursos, diplomados y asistido a seminarios, que le permiten tener herramientas técnicas, no necesariamente la pueden aplicar o las aplican. Yo conozco a mucha gente que ha hecho doctorados, pero no significa que necesariamente lo hagan muy bien, porque tiene que ver con cómo uno es capaz de visualizar el momento para resolver problemas en que está inserta una institución y cómo se inserta y se pone en contexto de acuerdo a los requerimientos de ese momento. Por decir, el Fondo de Salud Policial (SALUDPOL), es una preocupación constante, por cuanto escapa de la gestión de mi sector por estar administrado por el MININTER, con lo que significa esto para la atención inmediata que el efectivo policial requiere, que de estar gerenciado por otra entidad ajena al Hospital, resulta muy burocrático, para decidir sobre su recuperación.

Entonces, es el rol de hoy de cada institución, qué es lo que hoy día se le pide a esa institución, qué es lo que hoy día el titular y la familia policial necesita de una institución como ésta, cuáles son las cosas que hoy día hay que ir haciendo y qué cosas ya no se hacen o han cambiado. Eso hace que uno logre ir llevando a la institución hacia lo que realmente necesita. Ya no necesitamos de una familia policial que en sus dolencias busca ser tratado en otro Hospital, habiendo buenos médicos en el nuestro que pueden atenderlos de la mejor forma, con lo oneroso que resulta este traslado y la atención hasta su recuperación total en el nosocomio escogido, dejando sin fondos a SALUDPOL, que de continuar con esta tendencia, quedara quebrada.

En la medida que uno va mirando cómo se ha venido gestionando el Hospital se da cuenta que en comparación con otras administraciones homólogas de las FFAA, ésta se ha detenido en el tiempo, donde la gratuidad hacia los familiares, sobre todo de los padres que constituye el mayor porcentaje de enfermos, ocupan la mayor atención del personal médico y de sus instalaciones, desplazando

muchas veces a los titulares, pese a que muchos de ellos aportan a otros servicios de salud del Estado.

En el caso de las medicinas, es notoria la cercanía de farmacias hacia los alrededores, así como la forma como algunos efectivos policiales, aprovechando el registro manual y no computarizado del expendio de medicinas, no escatiman en hacerse atender y recabar medicinas en diferentes hospitales y postas médicas, presumiendo una utilidad no muy santa.

Volviendo a la pregunta, eso es lo que hemos tratado o he ido intentando cambiar en el Hospital Nacional de la PNP “Luis N. Sáenz”, y llevándolo de ser un hospital antiguo, que lo es y no es fácil trabajar en una institución tan vieja con algunas necesidades en recursos físicos, a una institución que pueda realizar cosas que hoy día la familia policial necesita. Pienso que es esto la clave de los quehaceres de un director de cualquier institución. Comprometerse y adaptarse al contexto en donde el paciente se le atiende de forma inmediata.

¿Qué hacer ante esta situación, busquemos un responsable?

¿Quién es el responsable? En primera instancia el Ministro del Interior durante la presente gestión presidencial quiere recuperar el hospital Nacional de PNP Luis N, SÁENZ, y se han hechos estudios para construir un hospital moderno con el equipamiento necesario, proyecto que debiera, en cumplimiento de sus funciones, velar por su cumplimiento hasta hacerlo realidad.

¿Ud. considera que la labor que realizan los profesionales médicos en el Hospital Nacional PNP, “Luis N. Sáenz” es poco visible para la familia policial? ¿De ser así, por qué pasa esto?

Yo creo que la percepción es que el profesional médico es poco visible, por la cantidad de dificultades que presenta el paciente para su atención, pero según los estandartes universales, con respecto del periodo de atención por paciente (quince minutos por cada uno), y de los turnos de trabajo (seis horas ininterrumpidas, con dos horas de investigación), los galenos cumplen con su cometido, y aún más realizan permanencias de servicio y turnos nocturnos sin el pago de la Asignación Especial por el Trabajo Asistencial (AETAS), lo que aunado a los bajos sueldos, se ven en la necesidad de prestar sus servicios en hospitales y clínicas particulares, pero sin descuidar su trabajo; lo que pasa es que faltan médicos en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”.

¿Cómo ve en su rol de director de un hospital, el tema de la Gestión de Calidad?

Cuando uno observa qué es lo que ocurre dentro de una institución como esta o un Hospital cualquiera, uno ve algunas cosas básicas. Una de ellas, es la de curar, lograr que recupere lo que más pueda su salud y la otra del cuidar a las personas; a esto se le debe agregar la calidad, de lo contrario estamos peligrando la vida misma. Estos son los grandes ejes en el cual se mueve la salud en cualquier nosocomio. Pero esto nos trae una paradoja, porque podemos brindarle estos dos ejes técnicamente, pero si no hay calidad en todo el resto, como en los macro procesos administrativos, la cosa no funciona.

Entonces el eje curar está centrado básicamente en el médico; él es quien indica los medicamentos, los procedimientos y las intervenciones quirúrgicas. Y el otro gran pilar, el cuidar, es la enfermera quien lo sostiene. Pero esto debe estar acompañado de los procesos administrativos; sino se da la paradoja de que el paciente al cual curas y cuidas, después de haber hecho cola y despertarse temprano considera que la atención en general es mala.

La Gestión Administrativa de calidad, no puede darse el lujo de que las citas se expidan pasando por el sufrimiento del paciente, o por la pérdida de las Hojas Clínicas y que al final del ciclo de atención el doctor que los trató no pueda saber qué medicina se encuentra en stock; esto se arreglaría con una buena base de información y una sistematización de los procesos, pero lo más importante con la aptitud de las personas que atienden y se preocupan por los pacientes; estamos

trabajando en todo esto pero la planificación tienen que ir siempre acompañada por el presupuesto, esto último es nuestro tendón de Aquiles.

Para concluir, quisiéramos saber qué mensaje les daría a quienes acuden para restablecerse de su salud al Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”.

Yo a la familia policial les diría, que primero han elegido un buen hospital y que los profesionales que trabajan en el mismo están a la altura de los mejores médicos de Latinoamérica, y que confíen su salud en este nosocomio y no busquen ser atendidos en otros nosocomios que lo único que buscan es lucrarse con su salud en desmedro de la economía de SALUDPOL y por ende de los titulares y sus familiares

El hospital tiene potencialidades en todos los ámbitos; en la investigación, en la docencia, en la atención clínica y por supuesto también, en lo que algunos nos hemos dedicado más, que es el tema de la gestión y el mirar al paciente no sólo de forma individual y mirarlo un poquito más allá, viéndolo en conjunto y a la familia, con una mirada de salud pública. Todo especialista médico que trabaja en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” puede hacer esto y yo los insto a que efectivamente lo hagan son los llamados a dar respuestas y de cómo guiar los servicios de calidad de salud en este nosocomio.

Anexo 12 ENTREVISTA AL DOCTOR LUIS CASTILLA MIRANDA, SUBDIRECTOR DEL HOSPITAL “LUIS N SÁENZ”

Fecha: 01 de mayo 2014/ Por grupo de trabajo

Estimado Dr. Luis Castillo Miranda, agradecería que me pudiese responder las siguientes preguntas.

1. ¿Qué destacaría del funcionamiento del hospital en la actualidad?

El Hospital Nacional de la PNP “Luis N. Sáenz”, en la actualidad pese a sus limitaciones es uno de los pocos hospitales del país en el que se mantiene la atención integral de salud, que desde hace años se viene dando y así se encuentra establecido, para el titular y sus familiares directos; además logra mantener un equilibrio entre el presupuesto que nos asignan y las actividades administrativas y médicas realizadas cada año. Si bien es cierto no tienen ningún tipo de premios por buena gestión asistencial, se realiza un denodado esfuerzo para dotar a su servicio de salud de la calidad que requiere; otro de los aspectos es que se puede clasificar como hospital amigo entre otras cosas por tener visitas más de 6 horas.

2. ¿Cuáles son los grandes desafíos para el hospital los próximos años?

Existe dos grandes desafíos, lograr reconstruir nuevos pabellones para atender a una población cada vez mayor, y trabajar para que en cuatro años tengamos un nuevo hospital; en lo relacionado a la atención de salud es mantener la resolución de enfermedades que están en el auge y las nuevas enfermedades que se incorporaran el próximo año.

3. En términos de gestión de procesos, ¿Cuáles son las herramientas que ayudan a desarrollar y mejorarlos buscando brindar una atención de calidad a los pacientes?

Contamos con los Instrumentos de Gestión (ROF, Organigrama, MOF, CAP, TUPA, Indicadores de desempeño), planes y políticas (Plan Estratégico Sectorial - PESEM, Plan estratégico Institucional – PEI, Plan Operativo Institucional – POI, Políticas Nacionales del Sector Salud, con sus Informes de monitoreo y evaluación de planes y políticas), informes adicionales y recomendaciones de auditoría y de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud – SUNASA – que es un Organismo Público Técnico Especializado, adscrito al Ministerio de Salud, con autonomía técnica, funcional, administrativa, económica y financiera, encargada de supervisar a las instituciones prestadoras de servicios de salud en el ámbito de su competencia; esta última incluso en una visita próxima pasada consignó la necesidad de contar con el uso de Tecnología de Información y Comunicación que permita atender mejor a los pacientes, por lo que se viene implementando con computadoras en algunos consultorios, como medicina general, cardiología, endocrinología, oftalmología, entre las más importantes, sin embargo esto es una base referencial por cuanto no se encuentran interconectadas.

4. ¿Qué importancia tiene para la Policía Nacional la creación del nuevo hospital?

Permite la posibilidad de cambiar la forma de cómo hacemos medicina centrandolo toda la atención en el paciente creando un modelo llamado hospital de día en el cual el usuario ingresa en la mañana se realiza los exámenes y en la tarde el médico le explica lo que tiene y como ayudarlo.

5. Según su parecer, ¿Qué importancia tiene el proceso de atención médica en consulta externa en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”?

Tiene dos elementos muy fuertes e importantes ya que en la actualidad los pacientes nos visitan desde las tempranas horas del día, para ser atendido en la expedición de citas, perjudicando con

ello su salud y sueño, sobre todo si se tiene en cuenta que el mayor porcentaje son personas de la tercera edad, que prefieren el Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” al Geriátrico que les corresponde, y pese a eso no tiene ni siquiera asegurada la atención por no poder acceder a la cita deseada, dado que no existen tiempos definidos para su entrega, esto se podría solucionar si se contara con elementos tecnológicos, que permitan atender a más personas cada año solucionando sus problemas de salud, por otro lado la prescripción de medicamentos que al no estar interconectados con la atención que realiza el médico (no existe sistema) tienen que esperar para su entrega.

6. ¿Cómo ve la medicina del futuro en el hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”?

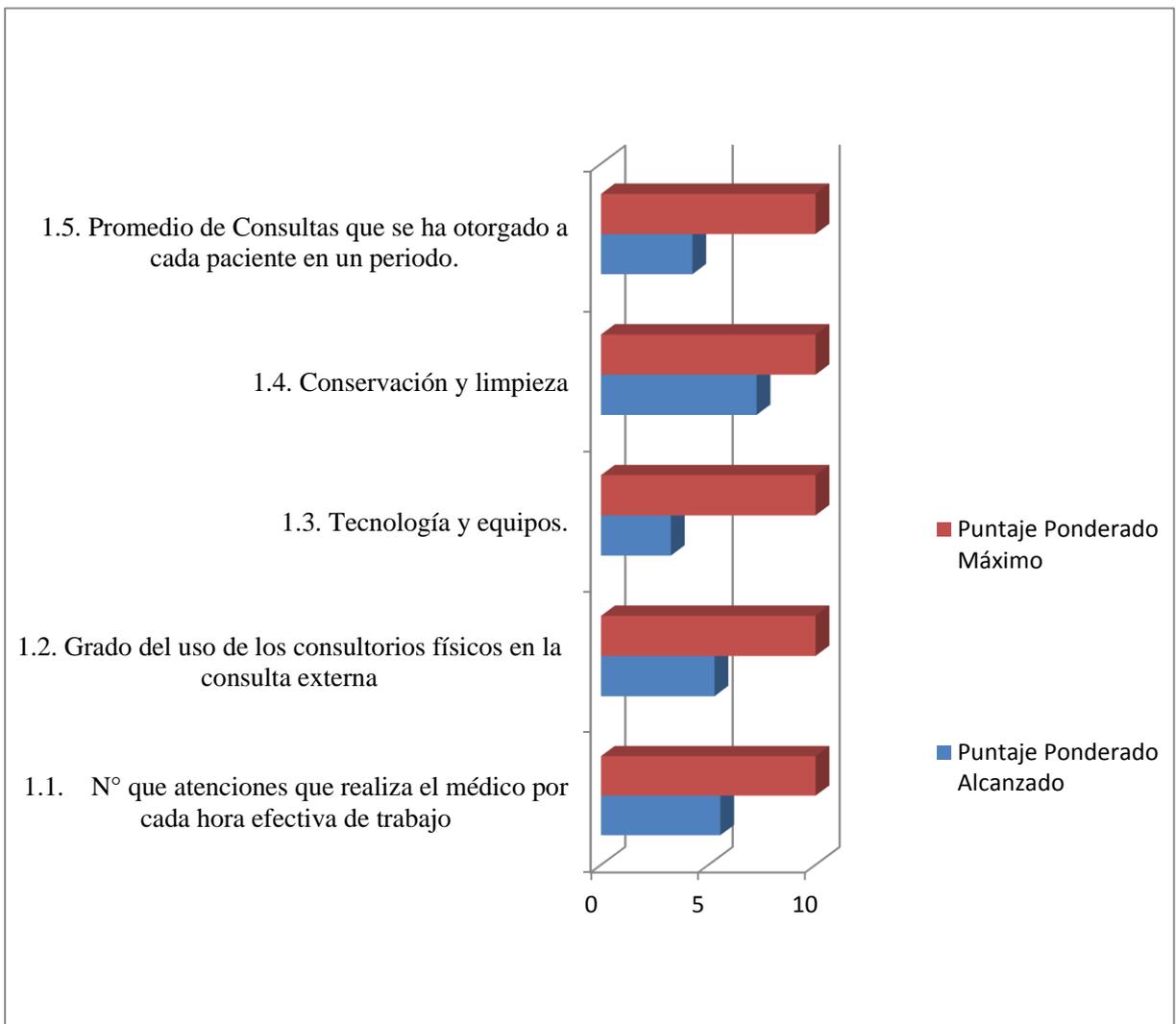
Es una gran oportunidad de incorporar nuevas tecnologías, y solucionar los problemas de los pacientes en forma menos invasiva, con tecnología se acortan las intervenciones y el tiempo de recuperación de cada paciente.

Anexo 13.a PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE LA GUÍA DE VERIFICACIÓN.

Cada uno de los ítems de la Guía de Verificación ha sido contrastado con las características que presenta el proceso de atención médica en consulta externa y el personal que interviene en el mismo, en el Hospital Nacional de la PNP “Luis N. Sáenz”, mediante la observación objetiva, y se ha calificado con un índice de la escala: (1) Deficiente, (2) Regular, (3) Bueno y (4) Excelente, obteniéndose los resultados siguientes:

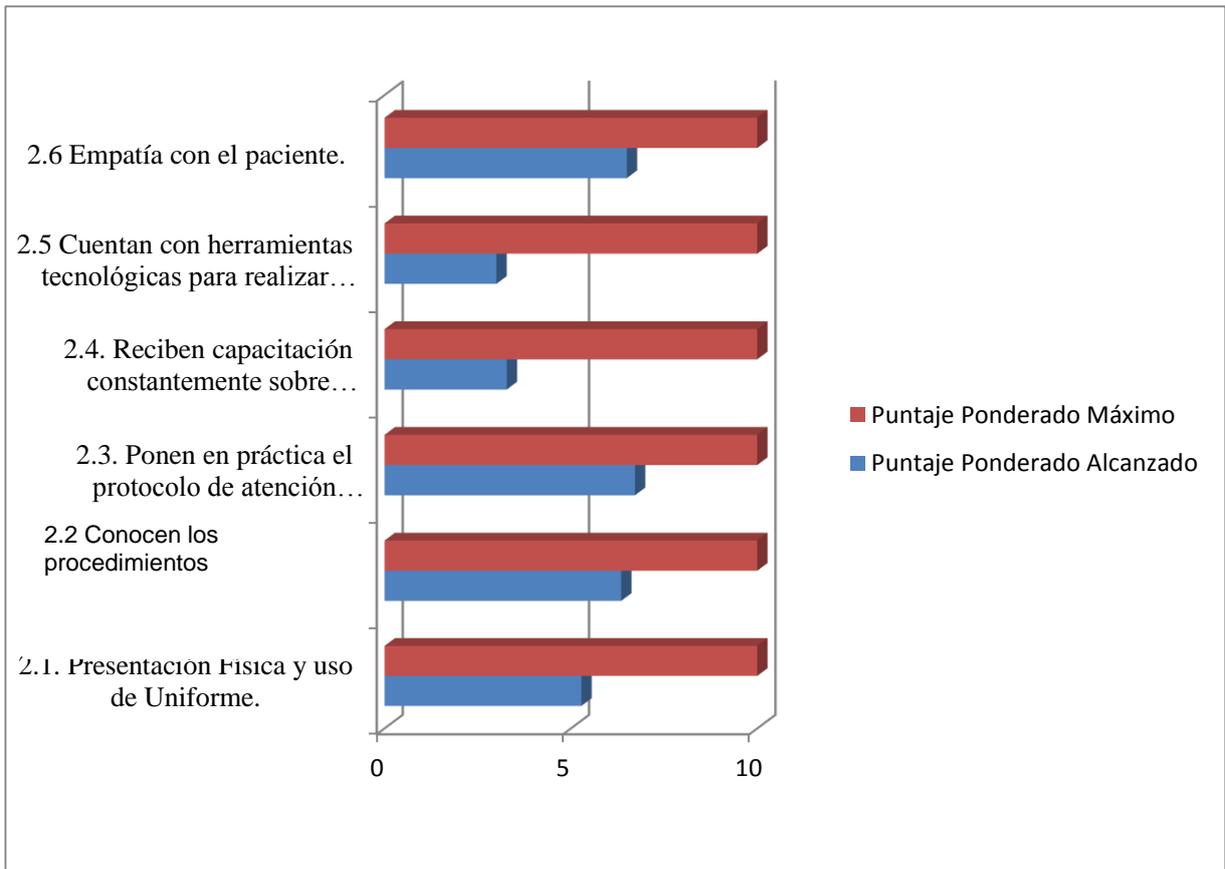
Resultados ponderados de la Guía de Verificación relacionado con el “Proceso Administrativo de Atención Médica en Consulta Externa del Hospital Nacional de la PNP “Luis N. Sáenz”(Procedimiento , Infraestructura y equipamiento)

Indicador	Puntaje Ponderado Alcanzado	Puntaje Ponderado Máximo	Calificación Alcanzada
1.1. Número de atenciones que realiza el médico por cada hora efectiva de trabajo	5.55	10	Regular
1.2. Grado del uso de los consultorios físicos en la consulta externa	5.28	10	Regular
1.3. Tecnología y equipos.	3.25	10	Deficiente
1.4. Conservación y limpieza	7.25	10	Bueno
1.5. Promedio de Consultas que se han otorgado a cada paciente en un período.	4.25	10	Deficiente

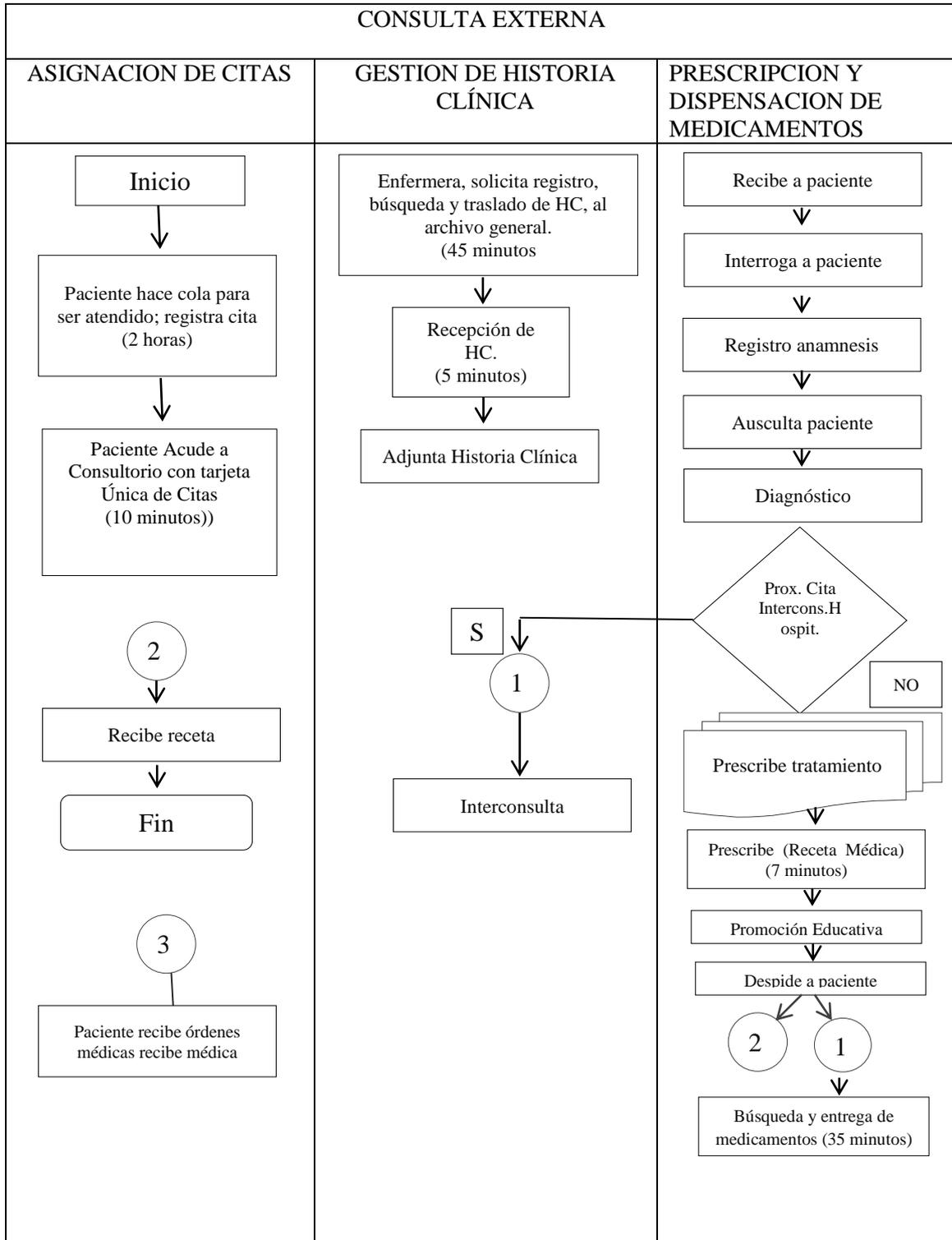


Resultado ponderado de la Guía de Verificación relacionada con la calidad de atención en consultorio externo del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz” (Personal que intervienen en el proceso).

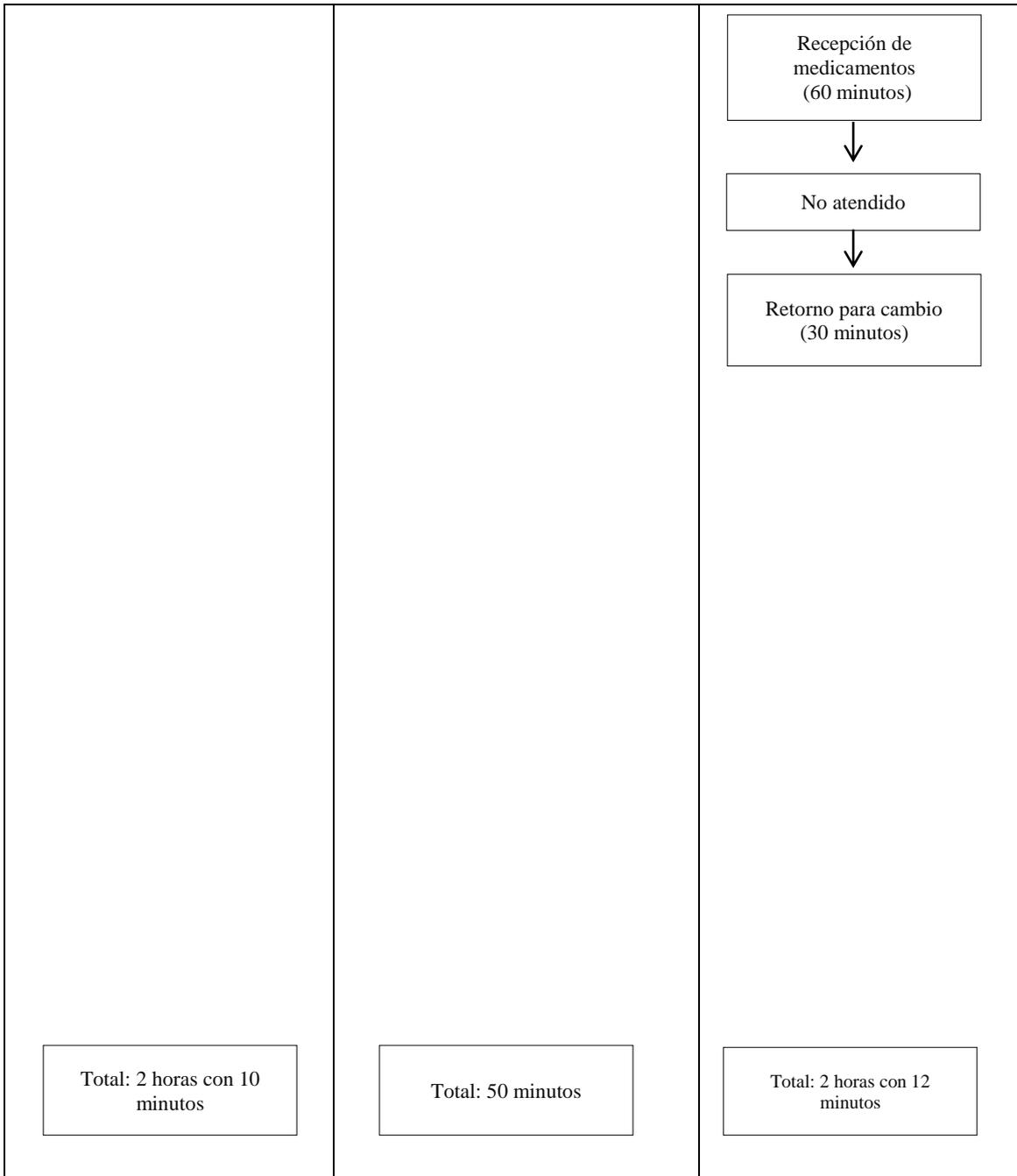
Indicadores	Puntaje Ponderado Alcanzado	Puntaje Ponderado Máximo	Calificación Alcanzada
2.1. Presentación Física y uso de Uniforme.	5.28	10	Regular
2.2. Conocen los procedimientos.	6.35	10	Regular
2.3. Ponen en práctica el protocolo de atención médica.	6.72	10	Regular
2.4. Reciben capacitación constantemente sobre protocolos y procesos, en consultorio externo.	3.28	10	Regular
2.5 Cuentan con herramientas tecnológicas para realizar su labor.	3.00	10	Deficiente
2.6 Empatía con el paciente.	6.50	10	Regular



Anexo 13.b FLUJOGRAMA DE LA OBSERVACION DE PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN CONSULTA EXTERNA⁹⁹



⁹⁹ El presente flujograma continúa en la siguiente página



Anexo 14 FICHA DATOS DE EXPERTO

Nombre Completo : César Humberto Del Castillo Talledo
Profesión : Ingeniero Químico
Grado Académico : Doctor en Educación – Magister en Investigación y
Docencia Universitaria : Egresado de Maestría en Administración

Características que lo determinan como experto:

Docente en Metodología de la Investigación Científica y Estadística de la Escuela de Post grado y Pre grado de la Universidad Alas Peruanas; Docente en Metodología de la Investigación Científica y Métodos estadísticos de la Escuela de Post grado de la Universidad Cesar Vallejo; Jefe de Investigación en el Instituto Superior Tecnológico Público del Ejército – ETE; Diplomado en Seguridad y Defensa Nacional; Diplomado en Gestión y Planeamiento estratégico en ESAN. Miembro de Jurado de sustentación de Tesis en Pre grado y Post grado.

Post Firma: César Humberto Del Castillo Talledo
DNI: 07035192
Teléfono Celular: 996210070
Teléfono casa : 4672489

FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO

Sr. Docente:

Por favor responda si el presente instrumento de investigación, el cual está usted evaluando como Juez, cumple con los siguientes requisitos abajo descritos. De responder de manera negativa a algunos de ellos, especifique en comentarios el porqué.

TEMA: PROCESOS ADMINISTRATIVOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN CONSULTA EXTERNA Y SU INCIDENCIA EN LA CALIDAD DEL SERVICIO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ “LUIIS N. SÁENZ”

CRITERIOS	SI	NO	COMENTARIO
1. Si el instrumento contribuye a lograr el objetivo de la investigación	X		
2. Si las instrucciones son fáciles de seguir	X		
3. Si el instrumento está organizado en forma lógica	X		
4. Si el lenguaje utilizado es apropiado	X		
5. Si existe coherencia entre las variables, indicadores e ítems	X		
6. Las alternativas de respuestas son las apropiadas.	X		
7. Las puntuaciones asignadas a las respuestas son las adecuadas.			
8. Si considera que los ítems son suficientes para medir el indicador	X		
9. Si considera que los indicadores son suficientes para medir las variables a investigar	X		
10. Si considera que los ítems son suficientes para medir la variable.	X		
OBSERVACIÓN.- Emplear instrumento, continuar			

Calificación Juicio de experto: 0,8

Anexo N° 15 - ESTADÍSTICOS DE ELEMENTOS

En la tabla estadística de los elementos y en su resumen, encontramos que la media promedio de los 385 casos es de 3,293

La Codificación empleada fue la siguiente:

CODIFICACIÓN

DATOS GENERALES

DG Tipo encuestado - DG Edad - DG Sexo

VARIABLE INDEPENDIENTE: Proceso administrativo de consulta externa

Dimension: Asignación de citas VICE1 - VICE2 - VICE3 - VICE4

Dimensión Historia clínica VIHC5 - VIHC6 - VIHC7 - VIHC8 - VIHC9 - VIHC10 - VIHC11 - VIHC12

Dimensión prescripción medica VIDM13 - VIDM14 - VIDM15 - VIDM16 - VIDM17 - VIDM18 - VIDM19

VARIABLE DEPENDIENTE: Calidad de servicios

Dimensión expectativas VDECS 1 - VDECS 2 - VDECS 3 - VDECS 4 - VDECS 5 - VDECS 6 - VDECS 7 - VDECS 8 - VDECS 9 - VDECS 10 - VDECS 11 - VDECS 12 - VDECS 13 - VDECS 14 - VDECS 15 - VDECS 16 - VDECS 17 - VDECS 18 - VDECS 19 - VDECS20 - VDECS 21 - VDECS 22.

Dimensión percepción VDPCS 1 - VDPCS 2 - VDPCS 3 - VDPCS 4 - VDPCS 5 - VDPCS 6 - VDPCS 7 - VDPCS 8 - VDPCS 9 - VDPCS 10 - VDPCS 11 - VDPCS 12 - VDPCS 13 - VDPCS 14 - VDPCS 15 - VDPCS 16 - VDPCS 17 - VDPCS 18 - VDPCS 19 - VDPCS 20 - VDPCS 21- VDPCS 22

Tabla N° 5.5. **Estadísticos de los elementos**

	Media	Desviación típica	N
VICE3.¿Se registra manualmente su cita en el cuaderno?	3.38	.583	385
VICE4.¿Se Registra en la tarjeta única en atención con la fecha y hora de la consulta?	3.55	.571	385
VIHC5.5.Entrego sus datos personales y registro de número de historia clínica para el archivo central, la primera vez	3.86	.499	385
VIHC6.Le entrega los datos al asistente del consultorio, la primera vez	3.80	.529	385
VIHC7.Es registrado por el médico en la historia clínica , la primera vez	3.84	.447	385
VIHC8.Presenta su requerimiento de atención al servicio médico solicitante, la segunda vez y subsiguientes	3.69	.625	385
VIHC9.Se remite la historia clínica al servicio médico solicitante, la segunda vez y subsiguientes	3.66	.591	385
VIHC10.Es recepcionada la historia clínica por la asistente del consultorio, la segunda vez y subsiguientes	3.19	.520	385
VIHC11.Es registrado en la historia clínica por el médico, la segunda vez y subsiguientes	3.57	.596	385
VIHC12.¿Se encontraba su HC en el consultorio externo el día que fue citado?	2.55	.900	385
VIDM13.¿Ha recibido el total de medicamentos prescritos por el médico?	2.96	.766	385
VIDM14.El médico elabora la receta médica	3.06	.699	385
VIDM15.El médico la registra en la historia clínica	2.64	.817	385
VIDM16.El médico le entrega la receta al paciente	3.47	.987	385
VIDM17.Presenta la receta ante el área de farmacia de SALUDPOL	2.88	.863	385

VIDM18.Cuenta el médico con un listado del stock de medicamentos de la farmacia de SALUDPOL	2.03	.838	385
VIDM19.Ha retornado al consultorio para cambio de medicamento por el médico	2.42	.859	385
VDECS 1. Que el personal de informes, le oriente y explique de manera clara y adecuada sobre los pasos o tramites para la atención en consulta externa.	3.99	.968	385
VDECS 2. Que la consulta con el médico se realice en el horario programado	4.09	.731	385
VDECS 3. Que su atención se realice respetando la programación y el orden de llegada del paciente	4.12	.731	385
VDECS 4. Que su historia clínica se encuentre disponible para su atención en el consultorio	4.15	.925	385
VDECS 5. Que las citas se encuentren disponibles y se obtengan con facilidad	2.59	.983	385
VDECS 6. Que la atención en caja o el modulo del Seguro Integral de Salud (SIS) sea rápida	4.05	.806	385
VDECS 7. Que la atención para tomarse análisis de laboratorio sea rápida	4.17	.695	385
VDECS 8. Que la atención para tomarse exámenes radiográficos sea rápida	4.16	.993	385
VDECS 9. Que la atención en farmacia de consulta externa sea rápida	4.28	.721	385
VDECS 10. Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad	4.48	.617	385
VDECS 11. Que el médico le realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención	4.31	.684	385
VDECS 12. Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud.	4.18	.649	385

VDECS 13. Que el médico que atenderá su problema de salud le inspire confianza	4.03	.867	385
VDECS 14. Que el personal de consulta externa le escuche atentamente y trate con amabilidad, respeto y paciencia	4.25	.595	385
VDECS 15. Que el médico que le atenderá muestre interés en solucionar su problema de salud	4.27	.702	385
VDECS 16. Que el médico le explique a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención	4.25	.805	385
VDECS 17. Que el médico le explique a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá, tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos	4.03	.784	385
VDECS 18. Que el médico le explique a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizarán	4.47	.677	385
VDECS 19. Que la señalización de la consulta externa (carteles, letreros y flechas) sean adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes	2.20	1.277	385
VDECS20. Que la consulta externa cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes	3.77	.932	385
VDECS 21. Que los consultorios cuenten con los equipos y materiales necesarios para su atención	2.51	.711	385
VDECS 22. Que el consultorio y la sala de espera sean limpios, cómodos y acogedores	2.03	.622	385
VDPCS 1. El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa	2.97	.749	385
VDPCS 2. La consulta con el médico se realizó en el horario programado	3.25	.899	385
VDPCS 3. Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada	3.49	.718	385

VDPCS 4. Su historia clínica se encontró disponible en el consultorio para su atención	4.17	.923	385
VDPCS 5. Las citas se encontraron disponibles y se obtuvieron con facilidad	2.38	.912	385
VDPCS 6. La atención en caja o el modulo del Seguro Integral de Salud (SIS) fue rápida	2.11	.605	385
VDPCS 7. La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida	2.22	.814	385
VDPCS 8. La atención para tomarse exámenes radiográficos fue rápida	2.35	.763	385
VDPCS 9. La atención en farmacia de consulta externa fue rápida	2.61	.721	385
VDPCS 10. Durante su atención en el consultorio se respeto su privacidad	2.16	.655	385
VDPCS 11. El médico le realizo un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motivo su atención	2.27	.719	385
VDPCS 12. El médico le brindo el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud.	2.89	.878	385
VDPCS 13. El médico que le atendió le inspiró confianza	3.26	.650	385
VDPCS 14. El personal de consulta externa lo escucho atentamente y trato con amabilidad, respeto y paciencia	3.09	.983	385
VDPCS 15.El médico que lo atendió mostró interés en solucionar su problema de salud	4.34	.774	385
VDPCS 16. El médico le explico a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención	2.42	.703	385
VDPCS 17. El médico le explico a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá, tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos	3.12	.973	385

VDPCS 18. El médico le explicó a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizaron	2.05	.657	385
VDPCS 19. La señalización de la consulta externa (carteles, letreros y flechas) le parecen adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes	2.84	.927	385
VDPCS 20. La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes	2.77	.848	385
VDPCS 21. Los consultorios contaron con los equipos y materiales necesarios para su atención	3.02	1.047	385
VDPCS 22. El consultorio y la sala de espera estuvieron limpios, cómodos y acogedores	2.11	.704	385

Valores de media, varianza, correlación y alfa de Cronbach si se elimina el elemento; esta tabla se emplea para efectuar modificaciones en los estadísticos indicados; particularmente el alfa de Cronbach, tiene un valor de 0,624; si elimináramos la pregunta VDPC5 (Las citas se encontraron disponibles y se obtuvieron con facilidad), este tendría un valor de 0,646.

Tabla N° 5.10. Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
VICE3.¿Se registra manualmente su cita en el cuaderno?	197.47	96.208	.011	.626
VICE4.¿Se Registra en la tarjeta única en atención con la fecha y hora de la consulta?	197.30	93.407	.266	.614

VIHC5.5.Entrego sus datos personales y registro de número de historia clínica para el archivo central, la primera vez	196.98	94.487	.200	.617
VIHC6.Le entrega los datos al asistente del consultorio, la primera vez	197.04	95.521	.084	.622
VIHC7.Es registrado por el médico en la historia clínica , la primera vez	197.00	94.620	.213	.617
VIHC8.Presenta su requerimiento de atención al servicio médico solicitante, la segunda vez y subsiguientes	197.15	95.368	.075	.623
VIHC9.Se remite la historia clínica al servicio médico solicitante, la segunda vez y subsiguientes	197.18	93.222	.272	.613
VIHC10.Es recepcionada la historia clínica por la asistente del consultorio, la segunda vez y subsiguientes	197.65	96.478	-.007	.626
VIHC11.Es registrado en la historia clínica por el médico, la segunda vez y subsiguientes	197.28	95.394	.079	.622
VIHC12.¿Se encontraba su HC en el consultorio externo el día que fue citado?	198.30	97.240	-.078	.635
VIDM13.¿Ha recibido el total de medicamentos prescritos por el médico?	197.89	96.351	-.018	.629
VIDM14.El médico elabora la receta médica	197.78	98.722	-.183	.637
VIDM15.El médico la registra en la historia clínica	198.20	97.900	-.117	.636

VIDM16.El médico le entrega la receta al paciente	197.37	92.849	.150	.618
VIDM17.Presenta la receta ante el área de farmacia de SALUDPOL	197.96	96.001	-.004	.629
VIDM18.Cuenta el médico con un listado del stock de medicamentos de la farmacia de SALUDPOL	198.81	96.673	-.043	.631
VIDM19.Ha retornado al consultorio para cambio de medicamento por el médico	198.43	96.282	-.021	.630
VDECS 1. Que el personal de informes, le oriente y explique de manera clara y adecuada sobre los pasos o tramites para la atención en consulta externa.	196.85	92.133	.194	.615
VDECS 2. Que la consulta con el médico se realice en el horario programado	196.76	91.362	.342	.607
VDECS 3. Que su atención se realice respetando la programación y el orden de llegada del paciente	196.72	91.566	.327	.608
VDECS 4. Que su historia clínica se encuentre disponible para su atención en el consultorio	196.70	89.530	.359	.602
VDECS 5. Que las citas se encuentren disponibles y se obtengan con facilidad	198.26	102.832	-.357	.657
VDECS 6. Que la atención en caja o el modulo del Seguro Integral de Salud (SIS) sea rápida	196.80	89.579	.423	.600
VDECS 7. Que la atención para tomarse análisis de laboratorio sea rápida	196.68	92.349	.288	.611

VDECS 8. Que la atención para tomarse exámenes radiográficos sea rápida	196.68	89.265	.342	.602
VDECS 9. Que la atención en farmacia de consulta externa sea rápida	196.56	90.950	.378	.605
VDECS 10. Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad	196.37	93.718	.216	.616
VDECS 11. Que el médico le realice un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motiva su atención	196.54	92.572	.276	.612
VDECS 12. Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud.	196.66	93.209	.243	.614
VDECS 13. Que el médico que atenderá su problema de salud le inspire confianza	196.81	99.019	-.179	.641
VDECS 14. Que el personal de consulta externa le escuche atentamente y trate con amabilidad, respeto y paciencia	196.59	96.450	-.011	.627
VDECS 15. Que el médico que le atenderá muestre interés en solucionar su problema de salud	196.58	94.719	.107	.621
VDECS 16. Que el médico le explique a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención	196.59	89.456	.431	.600

VDECS 17. Que el médico le explique a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender el tratamiento que recibirá, tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos	196.82	93.904	.142	.619
VDECS 18. Que el médico le explique a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizarán	196.37	92.135	.314	.610
VDECS 19. Que la señalización de la consulta externa (carteles, letreros y flechas) sean adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes	198.64	90.501	.187	.615
VDECS20. Que la consulta externa cuente con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes	197.07	91.495	.242	.611
VDECS 21. Que los consultorios cuenten con los equipos y materiales necesarios para su atención	198.33	89.821	.471	.600
VDECS 22. Que el consultorio y la sala de espera sean limpios, cómodos y acogedores	198.81	97.795	-.123	.632
VDPCS 1. El personal de informes le orientó y explicó de manera clara y adecuada sobre los pasos o trámites para la atención en consulta externa	197.88	97.938	-.123	.635
VDPCS 2. La consulta con el médico se realizó en el horario programado	197.59	96.856	-.056	.633
VDPCS 3. Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada	197.35	96.917	-.054	.630

VDPCS 4. Su historia clínica se encontró disponible en el consultorio para su atención	196.67	89.019	.390	.600
VDPCS 5. Las citas se encontraron disponibles y se obtuvieron con facilidad	198.46	100.129	-.235	.646
VDPCS 6. La atención en caja o el modulo del Seguro Integral de Salud (SIS) fue rápida	198.74	95.496	.069	.623
VDPCS 7. La atención para tomarse análisis de laboratorio fue rápida	198.62	89.152	.446	.598
VDPCS 8. La atención para tomarse exámenes radiográficos fue rápida	198.49	91.146	.339	.607
VDPCS 9. La atención en farmacia de consulta externa fue rápida	198.23	94.190	.140	.619
VDPCS 10. Durante su atención en el consultorio se respeto su privacidad	198.68	97.963	-.133	.633
VDPCS 11. El médico le realizo un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motivo su atención	198.57	93.594	.184	.617
VDPCS 12. El médico le brindo el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud.	197.96	90.495	.324	.606
VDPCS 13. El médico que le atendió le inspiró confianza	197.58	94.092	.171	.618
VDPCS 14. El personal de consulta externa lo escucho atentamente y trato con amabilidad, respeto y paciencia	197.76	94.211	.078	.624

VDPCS 15.El médico que lo atendió mostró interés en solucionar su problema de salud	196.51	87.902	.564	.592
VDPCS 16. El médico le explicó en palabras fáciles de entender el problema de salud o resultado de la atención	198.42	89.562	.497	.598
VDPCS 17. El médico le explicó el tratamiento que recibirá, tipo de medicamentos, dosis y efectos adversos	197.73	89.454	.341	.603
VDPCS 18. El médico le explicó a usted o a sus familiares en palabras fáciles de entender los procedimientos o análisis que le realizaron	198.79	98.052	-.139	.634
VDPCS 19. La señalización de la consulta externa (carteles, letreros y flechas) le parecen adecuados para orientar a los pacientes	198.01	97.719	-.104	.637
VDPCS 20. La consulta externa contó con personal para informar y orientar a los pacientes y acompañantes	198.07	93.656	.140	.619
VDPCS 21. Los consultorios contaron con los equipos y materiales necesarios para su atención	197.83	96.009	-.021	.633
VDPCS 22. El consultorio y la sala de espera estuvieron limpios, cómodos y acogedores	198.73	96.473	-.021	.628

Anexo 16 ENTREVISTA AL SEÑOR RICHARD EDISON VALENZUELA GALLEGOS.

GERENTE DEL MERCADO DE DEFENSA DE INDRA.

Mayo, 2014 / Por Grupo de Trabajo

El Señor Richard Edison VALENZUELA GALLEGOS, Capitán de Navío en situación de retiro de la Marina de Guerra del Perú, es de la especialidad de Ingeniería Electrónica, actualmente se desempeña como Gerente del Mercado de Defensa de la Compañía INDRA.

Estimado Ingeniero Richard Valenzuela, por favor agradeceríamos que nos pueda responder las siguientes preguntas:

1. Dentro la tecnología para el sector de la Salud, con que herramientas cuenta INDRA y en que consiste la misma?

Permíteme comenzar diciendo que Indra es la multinacional de Consultoría y Tecnología líder en España y Latinoamérica. Ofrece soluciones y servicios tecnológicos para los sectores de Transporte y Tráfico, Energía e Industria, Administración Pública y Sanidad, Servicios Financieros, Seguridad y Defensa y Telecom y Media; específicamente en el campo de la Salud ofrece tecnología de punta, que permite al profesional médico desarrollarse en su campo sin tener que distraerse en cuestiones de Gestión administrativa médica, para lo cual contamos con sistemas de Software y Hardware, que se interrelaciona con sistemas adecuados a las necesidades de los usuarios.

2. Como ex oficial de la FFAA, que opina de la gestión administrativa en cuanto a la atención de Consulta Externa que se da en los Hospitales de la FFAA y PNP?

La situación en cuanto a la Gestión administrativa médica del Hospital Naval la conozco de cerca, por cuanto tengo recurrir a sus servicios de atención ya sea por mis padres como de mi esposa e hijos y a decir verdad si bien es cierto, la atención es buena no es la deseada, y esto es así porque adolece de sistemas informáticos que les permita un servicio óptimo.

3. Que plantea Indra para dar solución a estos problemas que se presentan en estos hospitales?

En lo que respecta a temas de sanidad en general, la compañía ha creado una Plataforma Integral de Salud, que contiene varios módulos, en los cuales se inicia la relación desde el momento que el paciente apertura virtualmente su Historia Clínica, en ella se va a registrar todas las citas, los medicamentos recetados, hospitalizaciones, cirugías, archivo de imágenes y pruebas de laboratorio, con toda esta información el galeno está en capacidad de poder efectuar acciones preventivas en salvaguarda de la salud de los pacientes.

4. Ingeniero, cual el costo de esta Plataforma Integral de Salud?

El costo del total de la plataforma es de aproximadamente cuarenta y ocho millones de soles, su implementación se realiza por módulos, en un tiempo aproximado de 2 años.

- 5. Dígame, es necesario la implementación del total de la plataforma o se puede instalar solo los módulos para la obtención de citas, Historias Clínicas y prescripción de medicamentos, de ser así cuál es su costo aproximado?**

La implementación de la plataforma, se realiza por partes, en cuanto a la posibilidad de instalarse por los módulos que me pregunta, sí es factible como una primera parte, el costo aproximado de estas es de dos millones doscientos cuarenta mil soles, con estos va a mejorar sustantivamente la atención de los usuarios.

- 6. Como ve la posibilidad de implementar de esta plataforma en el Hospital Nacional PNP “Luis N. Saenz”?**

La plataforma en sí, puede ser una solución a futuro, pero lo inmediato es implementar el primer módulo que abarca, la gestión de la Historia Clínica y de Citas, con el seguimiento de los medicamentos que se encuentran en stock, que permita al galeno prescribir, con conocimiento el medicamento apropiado para el tratamiento del paciente.

Gracias.

BIBLIOGRAFÍA

Almenara-Barrios J. (2002) “Creación de índices de gestión hospitalaria mediante análisis de componentes principales”, pp. 533 - 540.

Agudel, H. (2006). “Encuesta poblacional de salud, condiciones de vida y demanda en salud municipio de enviguado”.

Aguirre-Gas H. (2005), “Calidad de la Atención Médica”.

Aguirre-Gas H. (2008), “Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica”, vol. 76, núm. 2, marzo-abril, pp. 187-196, México

Amat O, Hernández J, Fontrodona J y Fontana I. (2001): “El cuadro de mando integral y el crecimiento empresarial”.

Arredondo A. y Recaman A. (2002) “Oferta vs. Demanda: algunos aspectos a considerar para el estudio de mercado en salud”.

Arrow K. (1963), “Uncertainty and the welfare economics of medical care, American Economic Review”, pp 941 - 973

Babakus E, Mangold W. (1992). “Adaptación de SERVQUAL a los servicios hospitalarios”, pp 26.

Barbero-Gonzales A; Pastor-Sánchez R; Del Arco Ortiz de Zárate J; Eyaralar Riera T y Espejo Guerrero J (2006), “Demanda de medicamentos de prescripción sin receta médica”, pp 78-90.

Beitia J. (2001): “Incidencia de las nuevas tecnologías en sanidad”, Estrategia Empresarial.

Blázquez, M. (2000): “Uso y abuso del Balanced Scorecard”

Caminal J. (2001), “La medida de la satisfacción: Un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios”.

Cardinale Y. (2005), “Introducción a los sistemas concurrentes”. Departamento de computación y tecnología de la información. Caracas.

Carman J. (1990), “Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL scale”. Journal of Retailing, pp. 33 – 35.

Castaño R. (2005), “Estado, mercado y análisis económico: ¿complementarios o sustitutos? Revista Gerencia y Políticas de Salud”, pp. 79 – 90.

Cerezo P. (1997), “Calidad del servicio como elemento estratégico para fidelizar al cliente”.

Congreso de la Republica (1988). Ley N° 24949 Ley de Creación de la Policía Nacional del Perú

Congreso de la Republica (2002). Ley N° 27658 Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado

Congreso de la Republica (2009). Ley N° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

Congreso de la Republica (2009). Ley N° 29334 Ley de Organización y Funciones del Ministerio del Interior

Congreso de la Republica (2012). Normas legales, publicado el 11 de Diciembre del 2012, págs. 450528 a 450537.

Congreso de la Republica (2013). Decreto legislativo N° 1148, Ley de la Policía Nacional del Perú

Congreso de la República (2013). Decreto legislativo N° 1149, Ley de Carrera y Situación del Personal de la Policía Nacional del Perú

Congreso de la Republica (2013). Ley N° 30024 Ley sobre historia clínica electrónica

Coronado J. (2005). "Guía de Sistema de Gestión de Bases de Datos II".

Dávila, A. (1999): “Nuevas herramientas de control: el Cuadro de Mando Integral”, revista de antiguos alumnos IESE,p. 36.

De los Angeles J.javahispano.org/articles.article.action?id=39.

Diccionario Manual de la Lengua Española (2007), Larousse Editorial, S.L.

Dirección General PNP (2014),“Plan Estratégico Institucional 2012-2016”.

Dirsal PNP (2014), Macropocesos en el Hospital Nacional “Luis N. Sáenz”, Manual de Organización y Funciones.

Dirsal PNP (2014), Estado Mayor del Hospital Nacional PNP “Luis N. Sáenz”.

Dirsal PNP (2014), Oficina de estadística del Hospital Nacional de Policía “Luis N Sáenz”.

Dirsal PNP (2014), Departamento de Presupuesto de la DIRSAL PNP, Junio.

Dirsal PNP (2014), Encuestas y entrevistas realizadas en el HN “Luís N. Sáenz”.

Dirsal PNP (2014), Historias Clínicas del HN PNP “Luis N. Sáenz”.

Dolors P. (2004), “De la calidad de Servicios a la Fidelidad del Cliente”, ESIC Editorial, 2004, pág. 22, 23.

Donabedian A. (1980), “The definition of quality and approaches its assessment”, Ant Arbor, MI: Health Administration Press.

Fernández M(1996), “El Control, Fundamento de la Gestión por Procesos y la Calidad Total”. ESIC Editorial.

Gil, I. (1995). “La conceptualización y evaluación de la calidad de servicio al cliente percibida en el punto de venta”. Madrid : Puzzle

Gronroos C. (1984), “A service quality model and its marketing implications”. European Journal of Marketing”, pp. 18, 36-4; 520-531.

Guzmán M. (2005). “Impacto de la introducción de los mecanismos del mercado en la atención sanitaria”. Revista Gerencia y Políticas de Salud, pp. 65-78.

Harrington H.(1996). “Mejoramiento de los Procesos de la Empresa”. Serie McGraw Hill de Calidad Total. Tomo 4.

Herrera J. (2004), “Guía para la Gestión por Procesos”. Mexico.

IndraPerú (2014), indracompany.com/pais/peru/df

Guajiros, udea.edu.co//demografiaysalu/Pagina_Web_EPS/problemas_salud.html 19.30 hr. junio 2014a.

Webcalidad.org/articulos/eco_de_salud.html, mayo 2014b.

Webcalidad.org/articulos/eco_de_salud.html, junio 2014c.

Pisuerga.inf.ubu.es/lsi/Invest/Java/Tuto.Oct98/1_Intro/2_Histor.htm 02 junio 2014.

International Organizations for Standardization (2005), Norma Internacional ISO 9000: “Sistemas de gestión de calidad , fundamentos y vocabulario”, p. 7.

International Organizations for Standardization (2005), Norma Internacional: “Sistemas de gestión de la calidad”.

Iñiguez, A. (2005). “Economía de la salud”.

Iñiguez A. (2005), “Estructura, proceso y resultado”.

Java S. (2014), <http://www.infor.uva.es/~jmrr/tgp/java/JAVA.html>, mayo 2014a.

Java h.javahispano.org/news.item.action?id=987142393, junio del 2014b.

Junta de Castilla y León, (2000), “La Calidad en las Administraciones Públicas y un reto en el siglo XX”. Valladolid, pag. 89.

Junta de Castilla y León., (2000), “Calidad en la Administración Autonómica”. Cinco experiencias en Castilla y León. Valladolid, pág 145.

Kaplan R.y Norton D. (1997), “Cuadro de Mando Integral”.Barcelona.

Kaplan R y Norton D. (2004), “Mapas Estratégicos”. 2ªedición. Barcelona.

Kerr, M. and Tran tow, D. J. (1969), “Defining measuring and assessing the quality of health services”. Public Health Reports, pp. 424.

Kerlinger F. (2002), “Como planificar el desarrollo de una investigación.

Kirsch C. (1999) , <http://www2.terra.com/informatica/que-es/java.cfm>

López A. (2001), “El “balanced scorecard”, el cuadro de mando comoherramientas complementarias. Un análisis diferenciado.Revista Gestión, 22, p.10.

Martínez J. (2006), “Historia clínica”, XVII. Servicio de Medicina Intensiva/Hospital Santa María del Rosell. Cartagena (Murcia).

Martinez C. and Martinez, G. (2007). “Measuring perceived service quality in urgent transport service”. Journal of Retailing and Consumer Services, pp. 60 – 72.

Ministerio del Interior (2002), Resolución Directoral N° 1264-2002-DIRGEN/EMG.

Ministerio del Interior (2006), Resolución Ministerial.N°1471-2006-IN-PNP. Aprueba estructura Orgánica y el Manual de Organización y Funciones de la Dirección de Sanidad de la PNP – DIRSAN.

Ministerio del Interior (2009), Resolución Ministerial N° 023-2009-IN-PNP, modifica

Estructura Orgánica de la Dirección de Salud de la PNP.

Ministerio del Interior (2014), Resolución Ministerial N° 123-2014-IN/DGPP del 04 de Febrero del 2014.

Ministerio de Economía y Finanzas (2014), Portal de Transparencia, consulta amigable.

OMS (2007), Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Ginebra.

Organización Panamericana de la salud –OPS- (2001) “La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe” Washington, D.C.:OPS.

Pedret R. (2002), La investigación comercial como soporte del Marketing. Editorial DEUSTO. España.

PCM (2011), Ministerio de salud, Decreto de Urgencia N° 058-2011.

PCM (2006), Ministerio de Salud, Decreto Supremo N° 013-2006-SA.

PCM (2010), Ministerio de Salud, Decreto Supremo N° 008 – 2010.

PCM (2002). Decreto Supremo N° 03-2002-PCM.

Prado C. (2014). “Ambito de Gestión Presupuestaria 2014”, Marzo 2014, Lima-Perú.

Ramírez R. (1995). “La faceta humana del médico: Diagnóstico”. Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unánue, pp. 34-38.

Revista Calidad Asistencial (2001), Universidad Autónoma de Barcelona, 16. 276 - 279.

Rocca E. (1995), “Ética y praxis médica. Diagnóstico” Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unánue, pp. 34:26-28.

Roldan, P, Vargas, R, Giraldo C, Valencia E, García C y Salamanca L. (2001), “Evaluación de la calidad en atención en salud: un estudio de caso”, revista Colombia Medica, pp.14 – 18.

Rothschild M. (1999), “Carrots, sticks, and promises: A conceptual framework for the management of public health and social issue behaviors”. Journal of Marketing. Pp. 63 (4), 24 – 37.

Tocarruncho, A. "Tutorial de MyQSL", Junio 2014.

Vandamme, R, Leunis I. (1993). “Development of a multiple – item scale for measuring

hospital service quality”. *International Journal of Service Industry Management*, 4 (3), 39 – 40.

Vidal P y Reyes, Z.(1993),“Diseño de un sistema de monitoreo para el desarrollo de programas de garantía de calidad” *Salud Pública Mex*; 35: 326-331.

Zeithaml, V. (1988),“Consumer perceptions of Price, quality, and value: A means. end model and synthesis of evidence”. *Journal of Marketing*, 52 (3), 2 – 22.