



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Evaluación de los resultados de gestión para la mejora de la
calidad en las Oficinas de Gestión de la Calidad de Essalud,
Lima, 2017**

Tesis para optar el grado académico de:
Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad

Autor:

Mgtr. Raúl Valdiviezo López

Asesor:

Dr. Luis Alberto Núñez Lira

Sección:

Ciencias Empresariales

Línea de investigación:

Gestión de Modernización del Estado

Lima, 2018



DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA MAESTRO (A): VALDIVIEZO LÓPEZ RAÚL

Para obtener el Grado Académico de *Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad*, ha sustentado la tesis titulada:

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE GESTIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD EN LAS OFICINAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD DE ESSALUD, LIMA, 2017

Fecha: 24 de agosto de 2018

Hora: 2:00 p.m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dr. Yolvi Ocaña Fernandez

SECRETARIO: Dr. Jaime Agustin Sánchez Ortega

VOCAL: Dr. Luis Alberto Nuñez Lira

Firma:
Firma:
Firma:

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

Aprobado por excelencia con recomendación para publicar

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

.....
.....
.....

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

.....
.....
.....

Nota: El tesista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

Dedicatoria

Dedico esta tesis a Dios, por alumbrar mi camino con su conocimiento, porque pude entender lo infinito y la nada que somos, que lo vivido es solo un suspiro en la eternidad.

Agradecimiento

Mi agradecimiento y gratitud al Director del Doctorado de Gestión Pública y Gobernabilidad de la Universidad Cesar Vallejo y a todos los docentes que me brindaron su valiosa enseñanza y orientación, los cuales me han permitido inspirarme en esta investigación. Asimismo, debo agradecer de manera especial a mi asesor metodológico, Dr. Luis Alberto Núñez Lira, por sus valiosos consejos y recomendaciones para el desarrollo de la presente investigación.

Quiero expresar también mi más sincero agradecimiento a mis colegas, funcionarios y expertos de la Sede Central de Essalud, al Dr. Leonardo Rubio y al Dr. Risof Solis, por las facilidades brindadas y por compartir su conocimiento para el trabajo de campo de la Investigación. Por supuesto agradecer también a mi esposa Clorinda, mi compañera incondicional de todo momento; a mis hijos María y Luis, por su comprensión por mi ausencia en el hogar, en las horas dedicadas para este logro; a mis padres Josefa y Segundo, que con amor y el ejemplo, me enseñaron la importancia del esfuerzo; a mi hermano Randolp, por inculcarme y formarme en los estudios, y a toda mi familia, que me ayudaron a tener aliciente y motivación, para buscar el progreso, no darme por vencido por las adversidades y superar los obstáculos.

Finalmente, agradecer a mis colegas y amistades de la Universidad por brindarme su apoyo incondicional en la realización de la presente investigación.

Declaratoria de autenticidad

Yo, Valdiviezo López, Raúl, estudiante del Programa de Doctorado en Gestión Pública y Gobernabilidad, de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, identificado con DNI N° 07616194, con la tesis titulada “Evaluación de los resultados de gestión para la mejora de la calidad en las Oficinas de Gestión de la Calidad de Essalud, Lima, 2017”.

Declaro bajo juramento que:

1. La presente tesis es de mi autoría
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencia para las fuentes consultadas. Por tanto, la tesis no ha sido plagiada ni total ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido auto plagiado; es decir, no fue publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados de los resultados son reales, no fueron falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presentan en la tesis, se constituirán en aportes a la realidad investigada.

De identificarse fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.

Lugar y Fecha: Los Olivos 22 de enero 2018

Mgtr. Raúl Valdiviezo López

DNI: 07616194

Presentación

A los Señores Miembros de Jurado de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, Filial Los Olivos, presento ante ustedes la tesis titulada: “Evaluación de los resultados de gestión para la mejora de la calidad en las Oficinas de Gestión de la Calidad de Essalud, Lima, 2017”, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo; para obtener el grado académico de: Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad.

El documento consta de cuatro capítulos. El Primer Capítulo se relaciona con los trabajos previos y la formulación del problema de la investigación; está conformado por el marco teórico, espacial y temporal, los supuestos teóricos de la investigación relevancia, contribución y objetivos. El Segundo Capítulo define todo el marco metodológico mediante el diseño de investigación, el escenario de estudio, la caracterización de los sujetos, los procedimientos metodológicos de la investigación, las técnicas e instrumentos de recolección, el mapeamiento y el rigor científico de la investigación. El Tercer Capítulo está referido al trabajo de campo mediante la identificación del sujeto de investigación, la elaboración de la guía de entrevistas, y propiamente la entrevista realizada, el análisis de la documentación, la organización de la información y la evaluación de los resultados de los indicadores de la Investigación. El Cuarto Capítulo está relacionado con la definición de las conclusiones en base a los resultados obtenidos de la investigación.

Finalmente, en el Quinto Capítulo se presentan las referencias bibliográficas conjuntamente con los Anexos.

Índice

	Pág.
Carátula	i
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Índice de tablas	xi
Índice de figuras	xiii
Resumen	xiv
Abstract	xv
Resumo	xvi
I. Introducción	
1.1. Trabajos previos	18
1.1.1. Trabajos previos internacionales	19
1.1.2. Trabajos previos nacionales	24
1.2. Marco teórico	28
1.2.1. Marco filosófico de la investigación	30
1.2.2. Bases teóricas	36
1.3. Marco espacial	61
1.4. Marco temporal	62
1.5. Contextualización	62
1.6. Supuestos teóricos	64
1.6.1. Resultados con los pacientes asegurados	64
1.6.2. Resultados con el personal asistencial	64
1.6.3. Resultados en la sociedad	64
1.6.4. Resultados en los indicadores clave	65
1.7. Justificación	65
1.7.1. Justificación teórica	67
1.7.2. Justificación metodológica	67

1.7.3. Justificación práctica	68
1.7.4. Justificación epistemológica	68
1.7.4. Justificación legal	69
1.8. Relevancia	70
1.9. Contribución	71
1.10. Formulación del problema de investigación	72
1.10.1 Problema general	76
1.10.2 Problemas específicos	76
1.11. Objetivos	76
1.11.1 Objetivo general	77
1.11.2 Objetivos específicos	77
II. Marco metodológico	
2.1. Metodología	79
2.2. Tipo de estudio	88
2.3. Diseño de investigación	89
2.4. Escenario de estudio	91
2.5. Caracterización de los sujetos	91
2.5.1 Unidad de análisis	91
2.5.2 Funcionarios entrevistados	92
2.6. Plan de Gestión de la Calidad 2016-2017	92
2.7. Procedimientos metodológicos de investigación	95
2.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	96
2.8.1 Entrevista	96
2.8.2 Análisis documental	98
2.8.3 Triangulación	100
2.8.4 Técnicas de recolección de información	101
2.8.5 Análisis e interpretación de la información	103
2.8.6 Tratamiento de la información	104
2.9. Mapeamiento	105
2.10. Rigor científico	106

III. Trabajo de Campo	
3.1. El sujeto de investigación	110
3.1.1 La Seguridad Social en el Perú	110
3.1.2 El sistema de gestión de la calidad en Essalud	111
3.1.3 La Seguridad Social en el ámbito internacional	114
3.2. Elaboración del guion para las entrevistas	115
3.2.1 Matriz de entrevista general	115
3.2.2 Indicadores y evidencias	116
3.3. Realización de entrevistas	120
3.4. Análisis de la documentación (evidencias)	121
3.5. Organización de la información y la evaluación de los resultados de la gestión de la calidad	124
3.6. Evolución del plan de gestión de calidad	126
3.7. Resultados de la evaluación	127
3.7.1 Resultado de evaluación según satisfacción de los asegurados	128
3.7.2 Resultado de evaluación según satisfacción del personal asistencial	153
3.7.3 Resultado de evaluación según impacto social en la sociedad peruana	169
3.7.4 Resultado de evaluación de gestión de indicadores de resultados clave	180
IV. Conclusiones	197
V. Referencias	207
Anexos	
Anexo 1. Guión de entrevista para los funcionarios y expertos en gestión de calidad.	216
Anexo 2. Instrumento: Matriz de análisis documental.	219
Anexo 3. Resultados de las entrevistas a profundidad.	220
Entrevista No 1	220

Entrevista No 2	226
Entrevista No 3	235
Entrevista No 4	244
Entrevista No 5	249
Anexo 4. Premios otorgados en reconocimiento de buenas prácticas e iniciativas de mejora de Essalud, 2015-2017.	253

Índice de Tablas

		Pág.
Tabla 1.	Relación de funcionarios de Essalud a ser entrevistados	92
Tabla 2.	Relación de actividades del Plan de Gestión de Calidad de la sede central de Essalud, 2016 – 2017	94
Tabla 3.	Matriz cualitativa de la investigación documental	99
Tabla 4.	Relación de entrevistas realizadas en investigación	105
Tabla 5.	Indicadores de resultados de la investigación con el sustento de la evidencia documental	123
Tabla 6.	Categorización de las entrevistas para comparar con el Marco Teórico	125
Tabla 7.	Matriz para triangulación de conceptos de indicador de quejas y reclamos	126
Tabla 8.	Grado de satisfacción del usuario de consulta externa, por el servicio que le brinda la IPRESS, año 2016	132
Tabla 9.	Número de asegurados del servicio de consulta externa de Essalud, según grado de satisfacción del usuario, año 2016	133
Tabla 10.	Porcentaje de usuarios de consulta externa que presentaron reclamo o queja ante problema, según institución, año 2016	137
Tabla 11.	Percepción de los usuarios sobre la solución de problemas que motivo el reclamo, según institución, año 2016	137
Tabla 12.	Variación de la tasa de reclamos por 10,000 consultantes que fueron atendidos en Essalud, años 2016 – 2015	138
Tabla 13.	Total de reclamos según tipos registrados en Essalud, años 2016 - 2015	139
Tabla 14.	Tiempo promedio en diferentes procesos realizados por el usuario de Consulta Externa, según Institución, año 2016	143
Tabla 15.	Promedio de tiempo de espera de las citas de los pacientes de Consulta Externa, según especialidades médicas de Essalud, diciembre del año 2016	145
Tabla 16.	Promedio de tiempo de espera de los pacientes programados para la intervención quirúrgica del Centro Quirúrgico, según tipo de complejidad de la cirugía en Essalud, Julio 2017	147

Tabla 17.	Promedio de tiempo de espera de los pacientes programados para la intervención quirúrgica del Centro Quirúrgico, según grupo de enfermedad del clasificador CIE-10 en Essalud, Julio 2017	148
Tabla 18.	Nivel de satisfacción del personal médico en relación a su trabajo según Institución, año 2016	157
Tabla 19.	Nivel de satisfacción del personal de enfermería en relación a su trabajo según Institución, año 2016	158
Tabla 20.	Número de intervenciones anuales en Salud Ocupacional realizadas en Essalud, 2013 - 2016	163
Tabla 21.	Monto y porcentaje de egresos operativos en capacitación de los trabajadores respecto al monto de egresos total en Essalud, 2015 – 2016	168
Tabla 22.	Número de sesiones de educación grupal realizadas por los profesionales de la salud (enfermeras, nutricionistas y obstetras) en Essalud, 2014 – 2016	173
Tabla 23.	Monto otorgado en prestaciones económicas a los asegurados según tipo de subsidio en Essalud, 2014 – 2016	174
Tabla 24.	Número de participaciones de los adultos mayores en actividades orientadas a brindar bienestar y promoción social en Essalud, 2014 – 2017	175
Tabla 25.	Número de Premios otorgados en reconocimiento de buenas prácticas e iniciativas que mejoran los servicios en Essalud, 2015 – 2017	177
Tabla 26.	Indicadores de productividad y eficiencia del servicio de Consulta Externa de los Establecimientos de Salud en Essalud, 2012 – 2016	183
Tabla 27.	Indicadores de crecimiento de la población asegurada de Essalud, 2013 – 2017	185
Tabla 28.	Ejecución presupuestal de ingresos y egresos de Essalud, 2013 – 2016	187
Tabla 29.	Ingresos por aportaciones y porcentaje de incremento de los aportes de los titulares de Essalud, 2013 – 2016	189
Tabla 30.	Egresos operativos según conceptos y porcentaje de incremento de los egresos de Essalud, 2013 – 2016	190
Tabla 31.	Evolución de la remuneración mínima vital en el Perú, 1992 – 2016	193

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1. El Modelo de la Fundación Europea de la Gestión de la Calidad	60
Figura 2. Contexto espacial y temporal de la investigación	63
Figura 3. Mapeamiento de las entrevistas realizadas	106
Figura 4. Ejecución de ingresos y egresos, Essalud, 2013-2016	188
Figura 5. Saldo económico, Essalud, 2013-2016	189
Figura 6. Ingresos por aportaciones, Essalud, 2013-2016	190
Figura 7. Inafectación de aportes sobre las gratificaciones: Ingresos que dejó de percibir, Essalud, 2009-2016	192

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo general, evaluar los resultados de gestión de la calidad bajo el modelo de la Fundación Europea de la Gestión de la Calidad (EFQM), a fin de mejorar la gestión de las Oficinas de Gestión de la Calidad de Essalud en el año 2017. Mediante un diseño de investigación con enfoque cualitativo, se diseñó la estrategia de recopilación de información, con la aplicación de entrevistas a profundidad a funcionarios de la Seguridad Social y complementando el estudio con análisis documental de los principales indicadores que publica la Institución con carácter oficial.

El método empleado en la investigación cualitativa fue de carácter evaluativa. La investigación utilizó para su propósito, la revisión de los resultados obtenidos en los indicadores más relevantes relacionados con la gestión de la calidad; para garantizar la veracidad del estudio, se recurrió a la estrategia de la triangulación, a través del cual se validaron los instrumentos de investigación, con la aplicación de entrevistas a los funcionarios y expertos, así como el análisis documental sobre el resultado de los indicadores, dicha información fue recogida en un periodo específico. Dentro del proceso de evaluación se contrastó y comprobó que lo señalado por los entrevistados coincidió en la mayoría de los casos, con la información recopilada en Essalud y con lo citado en el marco teórico, los resultados se presentan de manera gráfica y textual.

La investigación concluye que existe evidencia para afirmar que aún son insuficientes las acciones y medidas implementadas en la gestión de calidad, los cuales no han garantizado: a) la satisfacción de los asegurados de los servicios asistenciales que éste recibe, b) la satisfacción del personal asistencial para la mejora de los servicios asistenciales, c) el impacto social en la sociedad peruana y d) el logro de resultados positivos sobre la gestión de los indicadores de resultados clave, que optimicen la situación financiera de la Institución.

Palabras claves: Gestión, calidad, EFQM, satisfacción, asegurado, paciente, personal, salud, impacto, social, indicadores.

Abstract

This investigation had the general objective to evaluate the results of quality gestation under the model of the European Foundation for Quality Management (EFQM), with the purpose to get better the gestation of Quality Management Offices of Essalud in the year 2017. Through a research design with a qualitative focusing, it was designed the strategy of information gathering, with the application of interviews in depth to officials of the Social Security and complementing the study with documentary analysis of the main indicators published by the institution with the official character.

The method used in the qualitative investigation was of evaluative character. The investigation used for its purpose, the review of the results obtained in the most relevant indicators related to quality management; to ensure the truth of the study, it resorted to the strategy of the triangulation, through which the research instruments were validated, with the application of interviews to the officials and experts, as well the documental analysis about the results of the indicators, this information was collected in a specific period. In the process of evaluation it was contrasted and checked that the indicated for the interviewed coincided in most of the cases, with the recompiled information in Essalud and with the aforementioned in the theoretical frame, the results are presented graphically and textually.

The investigation concludes that exist evidence to affirm that still are insufficient the actions and measures implement in the quality management, which haven't guaranteed: a) the satisfaction of the insured of the care services that he receive; b) the commitment and the satisfaction of the health personnel to get better the care services; c) the social impact in benefic of the community and d) the achievement of positive results about the key indicators, that optimize the financial situation of the institution.

Keywords: Management, quality, EFQM, satisfaction, insured, patient, personal, health, impact, social, indicators.

Resumo

A presente investigação teve como objetivo geral, avaliar os resultados da gestão da qualidade sob o modelo da Fundação Europeia para a Gestão da Qualidade (EFQM), a fim de melhorar a gestão dos Escritórios de Gestão da Qualidade da Essalud em 2017. Através de um projeto de pesquisa com abordagem qualitativa, a estratégia de coleta de informações foi projetada, com a aplicação de entrevistas em profundidade aos funcionários da Segurança Social e complementando o estudo com análise documental dos principais indicadores publicados pela Instituição com um carácter oficial.

O método utilizado na pesquisa qualitativa era de natureza avaliativa. A pesquisa utilizada para o efeito, a revisão dos resultados obtidos nos indicadores mais relevantes relacionados à gestão da qualidade; para garantir a veracidade do estudo, recorreu à estratégia de triangulação, através do qual os instrumentos de pesquisa foram validados, com a aplicação de entrevistas a funcionários e especialistas, bem como a análise documental sobre o resultado dos indicadores, a informação foi coletada em um período específico. No processo de avaliação, foram contrastado e verificado que o que foi indicado pelos entrevistados coincidiu na maioria dos casos, com as informações recolhidas em Essalud e com o mencionado no quadro teórico, os resultados são apresentados graficamente e textualmente.

A investigação conclui que há evidências para afirmar que as ações e medidas implementadas no gerenciamento da qualidade ainda são insuficientes, que não garantiram: a) a satisfação do segurado dos serviços de saúde que este recebe; b) o compromisso e a satisfação do pessoal de saúde para a melhoria dos serviços de saúde; c) o impacto social em benefício da comunidade e d) a obtenção de resultados positivos em indicadora-chave, que otimizam a situação financeira da Instituição.

Palavras chaves: Gestão, qualidade, EFQM, satisfação, seguro, paciente, pessoal, saúde, impacto, social, indicadores.

I. Introducción

1.1. Trabajos previos

Al empezar la presente investigación se tuvo una idea inicial, de cómo ha venido influyendo la gestión de la calidad, en el sector productivo de las empresas y como ha logrado impactar también en la mejora del rendimiento de los servicios que brindan las organizaciones públicas, durante las últimas décadas. A partir de estas ideas iniciales aún imprecisas, se planteó la necesidad de revisar y profundizar los trabajos previos y antecedentes de estudios, que tuvieran resultados exitosos en la gestión sanitaria salud y específicamente en su aplicación en la gestión pública.

De acuerdo con Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista (2014), “Cuanto mejor se conozca un tema, el proceso de afinar la idea será más eficientemente y rápido” (p. 27), por dicha razón, era indispensable dentro del presente estudio, el profundizar el conocimiento sobre la gestión de la calidad y revisar los resultados que se alcanzaron en investigaciones anteriores.

Por otro lado, un acercamiento a los antecedentes del estudio implicaba, realizar una sinopsis de los conceptos abordados, al momento de formular y plantear los problemas en las investigaciones, por consiguiente “El antecedente puede indicar conclusiones existentes en torno al problema planteado (...) Consultando antecedentes libramos el riesgo de investigar lo que ya está hecho” (Tamayo y Tamayo, 2004, pág. 146).

Toda investigación previa de la gestión de calidad, que brinda un aporte relacionado con dicho tema o con el problema de investigación, puede ser considerada como un antecedente teórico. Para (Carrasco-Díaz, 2006):

Los antecedentes teóricos vienen a ser la relación o el conjunto de toda conclusión obtenida por otros investigadores o por el mismo investigador en tiempos pasados respecto al problema que se investiga, o en trabajos de investigaciones muy similares o relacionadas. (p. 123)

1.1.1. Trabajos previos internacionales

(Peydró, 2015) del Departamento de Psicología de la Salud de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante de España, desarrolló la tesis "*Calidad de vida, trabajo y salud en los profesionales sanitarios: Un estudio en el Hospital General Universitario de Alicante de España*", para obtener el título como doctor.

El objetivo general de la tesis fue estudiar la calidad de vida general, la satisfacción laboral, el estado de salud y otros aspectos relacionados en una muestra representativa de los médicos y enfermeras del Hospital General de Alicante. Los objetivos más específicos destacados fueron: describir el grado de bienestar de los profesionales sanitarios asociados a sus principales actividades sanitarias; explorar diversos indicadores de calidad de vida y satisfacción; analizar los comportamientos relacionados con la salud de los profesionales sanitarios; y examinar la presencia de bienestar espiritual o sentido de la vida, entre sus profesionales sanitarios.

La recopilación de datos se llevó a cabo con un cuestionario auto-llenado y administrado de manera individual a cada uno de los participantes, que tras haber sido informados del tipo y objetivo de estudio desearon participar en el mismo. El diseño de investigación fue un estudio transversal en cuanto al tiempo de tipo observacional descriptivo - analítico, que permitió conocer una serie de conclusiones sobre la calidad de vida general, el trabajo y la salud de los profesionales sanitarios.

El cuestionario fue entregado de manera personal y perfectamente codificado a 891 participantes, el estudio se inició en junio 2012 y concluyó la recopilación de datos en enero 2013. La población estuvo conformada por médicos y enfermeras del hospital compuesto de 1,540 profesionales sanitarios (927 enfermeras y 613 médicos) fijos y contratados, de la cual se obtuvo una muestra de 891 profesionales (630 enfermeras y 261 médicos). El muestreo fue aleatorio estratificado por categorías.

Como conclusión del estudio podemos mencionar que la gran mayoría de los profesionales sanitarios del Hospital de Alicante, declararon tener una notable calidad de vida, de su felicidad tuvieron una opinión positiva. Los estudios señalaron que la edad influye en la calidad de vida, a medida que aumenta la edad disminuye la calidad de vida de los profesionales. Casi la totalidad de los profesionales sanitarios se encuentran satisfechos o muy satisfechos con su trabajo, también valoraron positivamente las condiciones de trabajo, pero no se encuentran satisfechos en relación a su salario, vacaciones y días libres. De las conclusiones se puede entender que es imprescindible que las organizaciones sanitarias sean capaces de diagnosticar la salud, calidad de vida y satisfacción laboral de sus profesionales sanitarios.

(Para, 2014) de la Universidad Politécnica de Cartagena de España, expuso la tesis doctoral *“Implicaciones de la gestión de la calidad total en la dirección de recursos humanos: una aproximación empírica bajo la óptica del modelo EFQM”*, para obtener el título de doctor en administración y dirección de empresas.

El principal objeto de la investigación fue analizar si la aplicación de los principios del modelo EFQM, permitían lograr incrementar los resultados de gestión de una organización. Para lo cual el investigador relacionó la gestión de la calidad total, con 3 criterios del modelo europeo EFQM: el liderazgo, la estrategia y las personas, incidiendo con mayor énfasis en el papel que cumple la adopción de un sistema de prácticas de recursos humanos orientado a la calidad, con la finalidad de favorecer el incremento del compromiso y satisfacción por parte de los empleados de las organizaciones.

El investigador propuso un modelo con veintiún hipótesis y desarrolló una investigación empírica para poder demostrar su tesis doctoral. Dicha investigación fue llevada a cabo mediante un proyecto financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología de España. El principal objetivo del proyecto fue analizar cómo se aplicaban los principios del modelo europeo EFQM, sobre la gestión y los resultados en las empresas del sector industrial

de tamaño medio instaladas en España. A partir de una población total de 3,814 empresas, la muestra del estudio se componía de 200 empresas españolas.

Los resultados del estudio señalan que se aceptan un total de dieciséis hipótesis de un total de veintiún, comprobándose que para que los programas de gestión de la calidad sean exitosos, deben de orientarse a motivar a sus empleados, mejorando el compromiso y el “empowerment”.

(Pérez, Implantación del modelo europeo de excelencia Efqm en empresas públicas, 2014) de la Facultad de Ingeniería en Organización Industrial de la Universidad Politécnica de Valencia, presentó el trabajo de investigación: *“Implantación del modelo europeo de excelencia EFQM en empresas públicas”*, como trabajo de fin de grado de ingeniero. La autora identificó como objeto del estudio, realizar un diagnóstico de la situación actual con la finalidad de proponer un modelo de excelencia, a través de la identificación de las fortalezas y de las áreas de mejora de una empresa pública española. El objetivo del estudio fue mejorar los resultados de la organización, mediante la satisfacción del cliente.

A través de la investigación se llega a la conclusión, que los principales puntos que debe abordar la empresa pública española, están relacionadas con el incremento de su conocimiento sobre las necesidades y expectativas de la sociedad, así como de mejorar el reconocimiento de los trabajadores de la empresa e involucrarlos en el planeamiento estratégico, la gestión de los recursos y los resultados que espera alcanzar la organización.

(Porras, 2013) de la Facultad de Educación la Universidad UNED de España, presentó la tesis doctoral *“Implantación del sistema de gestión de la calidad en las instituciones públicas de educación preescolar, básica y media del Municipio de Villavicencio de Colombia. Estudio de casos múltiples”*, para obtener el título de doctor. La investigación tuvo como objetivo general: “Identificar las variables de tipo administrativo, organizacional, cultural y de conocimientos sobre gestión de la calidad, que condicionan la implantación

del sistema de gestión de la calidad (SGC) en las instituciones públicas de educación preescolar, básica y media, del Municipio de Villavicencio de Colombia”.

La investigación se planteó como un estudio de caso, y más concretamente como un estudio de casos múltiples, aplicados a ocho instituciones educativas públicas del Municipio de Villavicencio. En donde se tuvo una población de 1,303 encuestados entre alumnos, docentes y padres de familia. Alumnos (670), docentes (195) y padres (438). De una población total de 13,403 personas de ocho colegios. Los resultados de la investigación demuestran que en general los estudiantes y docentes se encuentran más satisfechos que los padres de familia.

(Delgado, 2013) de la Facultad de la Universidad Autónoma de Barcelona, presentó la tesis doctoral *“Evolución del conocimiento del sistema de salud, derechos en salud, de la política de participación y de las experiencias de participación de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia: Una comparación entre 2000 y 2010”*, para obtener el título de doctor. La investigación tuvo como objetivo general: “Analizar la evolución del conocimiento del sistema general de Seguridad Social en Salud, de los derechos en salud, así como el conocimiento y utilización de los mecanismos de participación de los usuarios de los servicios de salud en dos municipios de Colombia, entre 2000 y 2010”.

La investigación realizada fue descriptiva, se basó en la comparación de los resultados de dos encuestas o estudios transversales, a los usuarios del sistema de salud colombiano que utilizaron sus servicios. La primera encuesta fue realizada en el 2000 y la segunda en el 2010, en el sur occidente de Colombia en dos municipios del Departamento del Valle del Cauca: Tulúa, ubicada en zona urbana y Palmira el área rural. En la encuesta del año 2000 se utilizó una muestra de 1,495 usuarios, mientras que para el año 2010 se tomó una muestra de 1405 usuarios, empleando el muestreo probabilístico.

Los resultados de la investigación presentan las características socio demográficas de la población estudiada, haciendo un análisis del cambio de la percepción y del conocimiento que tienen los usuarios de los servicios que brinda el SGSSS en los años de estudio. La autora llega a la conclusión que para mejorar el control de los servicios de salud, es indispensable que los usuarios del servicio de salud, conozcan los mecanismos de participación, para que se interrelacionen de manera efectiva en el control de dicho sistema, existiendo una mejor comprensión y conocimiento, por parte de los usuarios que tienen mayor nivel de educación y nivel socioeconómico.

(Khalil, 2013) de la Facultad de Ciencias de la Educación, de la Universidad Nacional de Córdoba, presentó la tesis doctoral: *“Construcción de un modelo de evaluación de la calidad de la enseñanza universitaria desde el punto de vista de los alumnos”*, para obtener el grado de doctor. La investigadora planteo como objetivo del estudio, el realizar un estudio documental sobre los modelos de evaluación de la gestión universitaria, con la finalidad de recopilar los indicadores más relevantes relacionados con los procesos de evaluación de las instituciones universitarias en Argentina, evaluando la calidad de las instituciones universitarias, a partir de la opinión de sus alumnos.

La investigación utiliza el método analítico experimental, basado en un diseño correlacional y descriptivo, que utiliza un cuestionario o encuesta, teniendo una población total de este estudio de 15,745 alumnos matriculados de los años 2011 y 2012 de la Universidad Nacional de Córdoba. Se tuvo un tamaño de muestra de 592 estudiantes universitarios, utilizándose la técnica del muestreo aleatorio estratificado en función de carreras profesionales de estudio.

Dentro de los resultados, se presentan datos referentes sobre la percepción de la calidad que tienen los alumnos según género. Los estudiantes varones calificaron más positivamente: el uso de los equipos, los medios audiovisuales, los materiales bibliográficos, el tamaño de las aulas, entre otros, mientras que las mujeres valoran más: la utilización de las

técnicas de estudio de los profesores, su puntualidad y su capacidad para el trabajo en equipo. Los resultados del estudio evidenciaron que los alumnos prefirieron la planificación de la enseñanza, la competencia docente, los métodos de evaluación y la metodología empleada por los profesores, llegando a la conclusión que tanto el comportamiento de los docentes como las cualidades que presentan, tienen un impacto importante en los alumnos, que perciben que existe una educación universitaria de alta calidad.

1.1.2. Trabajos previos nacionales

(Mandujano, 2015) de la Unidad de Postgrado de la Facultad de Ciencias Administrativas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) presentó la investigación *“Lineamientos para el diseño de un sistema de gestión de calidad total (caso: ingeniería mecatrónica)”*. El objetivo general de su estudio fue establecer lineamientos para el diseño de un sistema de gestión de la calidad, enfocado para los centros de educación superior, específicamente estudiando el caso de la carrera de Ingeniería Mecatrónica de la Facultad de Ingeniería de la Universidad Ricardo Palma (URP), dichos lineamientos tenían como finalidad alcanzar la calidad del servicio educativo.

La población de su investigación estuvo conformada por 256 alumnos matriculados del semestre académico del año 2015, para lo cual tomó una muestra de 186 alumnos, en su estudio llegó a la conclusión que a través del diseño de los lineamientos de un sistema de gestión de la calidad, podría integrar los temas de implantación, desarrollo, mantenimiento y mejoramiento de la calidad de los servicios de la carrera Ingeniería Mecatrónica de la Facultad de Ingeniería de la Universidad Ricardo Palma.

(Fernandez, 2014) de la Escuela de Postgrado de la Facultad de Ciencias Administrativas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, presentó la tesis *“Evaluación de los agentes facilitadores para la mejora de la calidad en la UNMSM, UNI y UNALM”*, para optar el grado académico de Doctor en Ciencias Administrativas. Su estudio tuvo como objetivo general evaluar los agentes que facilitan la mejora de la calidad en tres universidades

nacionales: Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), Universidad Nacional de Ingeniería (UNI) y Universidad Nacional Agraria La Molina (UNALM). El investigador aplicó una metodología mixta a través del análisis cualitativo y cuantitativo. El análisis lo hizo principalmente mediante encuestas a 24 autoridades y directivos de tres universidades públicas de Lima. Cabe señalar que los resultados cualitativos de las encuestas fueron evaluados con técnicas estadísticas cuantitativas como la prueba chi-cuadrado usando el software SPSS versión 20.0 para Windows.

De los resultados obtenidos de la investigación, se llegan a la conclusión que es posible implementar la mejora de la calidad en las tres universidades, en conjunto están preparadas para desarrollar un sistema de gestión de la calidad, pero que mejores condiciones encontró en la UNMSM y en la UNI, porque ya tienen un sistema de gestión implementado; en el caso de la UNALM le faltaría prepararse.

(Infante, 2013) de la Unidad de Postgrado de la Facultad de Ingeniería de Sistemas e Informática de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) presentó la tesis *“Un modelo para determinar los factores que influyen en la mejora de procesos en la atención de pacientes en los centros de salud a través de excelencia empresarial, BPM y reingeniería de procesos”*.

La investigación tuvo como objetivo identificar los factores que influyen en la mejora de procesos para la atención de los pacientes de una institución de salud peruana. Dentro de los factores que logró clasificar el investigador fueron las definiciones técnicas, modelos y metodologías que debería desarrollar la Institución, para alcanzar claridad en la dirección estratégica. Asimismo, consideró necesario alinear los recursos de la empresa con la disciplina de mejoramiento continuo, las cuales son necesarias para cumplir con las expectativas de los pacientes.

El estudio desarrolló una investigación cuantitativa de corte descriptiva, cuyo propósito fue conocer la percepción de los pacientes, médicos y

personal administrativo sobre la atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, asimismo, la investigación tuvo un diseño no experimental de tipo transversal, recolectándose los datos en un periodo determinado.

La tesis concluyó que para incrementar la satisfacción de los pacientes debía poner especial énfasis en cuatro aspectos o variables: respeto a la privacidad a los pacientes, dispensación oportuna de los medicamentos, cálida infraestructura de atención y disminución de los tiempos de espera. La investigación presentó un modelo híbrido, sobre los conceptos de excelencia empresarial, reingeniería de procesos y “business process management”, que son utilizados para mejorar los flujos de atención de los pacientes en los establecimientos de salud del Perú.

(Veliz & Villanueva, 2013) de la Escuela de Postgrado de la Maestría en Gerencia Social de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP), presentó la tesis *“Calidad percibida por los usuarios externos e internos frente a los servicios que reciben en los centros de referencia para infecciones de transmisión sexual (Cerits) de la DISA II Lima Sur”*. La investigación fue realizada desde agosto a octubre 2011 y tuvo como objetivo analizar la percepción que tenían los pacientes, respecto al nivel de calidad que recibieron en los centros de referencia para infecciones de transmisión sexual de la DISA Lima Sur.

Los investigadores desarrollaron una investigación cuantitativa de corte descriptiva con un diseño no experimental, cuyo propósito fue conocer la percepción de los pacientes, médicos y personal administrativo sobre la atención en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, asimismo, fue transversal, porque la recolección de los datos fue realizado en un momento dado y en un lugar determinado. Este estudio descriptivo realizó un análisis e interpretación de los datos, para determinar la magnitud de la calidad percibida por los pacientes.

La población objetivo estuvo conformado por los pacientes de los Cerits de la DISA II Lima Sur, cuya población vulnerable recibió atención médica en el periodo agosto a setiembre del 2011, dicha población estuvo conformado por pacientes con VIH/SIDA (HSH, TRANS, TS). El cálculo y tamaño de la muestra se determinó a partir de un muestreo no probabilístico. En total se seleccionaron a 129 usuarios externos, 12 personas usuarias vulnerables no usuarias, 8 usuarios internos y 4 personas responsables de los Cerits y las Redes.

Los resultados de la investigación permiten conocer la calidad percibida por los pacientes de los Cerits de la DISA II Lima Sur, mediante la medición de sus expectativas y percepciones. La diferencia entre las expectativas generadas por los pacientes antes de recibir el servicio, y la percepción que obtuvieron del mismo, constituye la brecha de satisfacción o insatisfacción del paciente. De los servicios evaluados del Cerits Chorrillos, se encontró que 29 ítems no alcanzaron las expectativas de sus pacientes de un total de 50 ítems, siendo uno de los aspectos con mayor discrepancia el tiempo de espera, para ser atendidos los pacientes en los diferentes servicios.

El estudio también identificó las expectativas de los pacientes, que no fueron superadas por el servicio que recibieron en los Cerits, entre los cuales se puede destacar: mobiliario insuficiente en la sala de espera, equipos y materiales necesarios para prestar los servicios, disponibilidad de insumos médicos para la prevención y tratamiento de las ITS, disponibilidad de material informativo, limpieza en los servicios higiénicos, entre otros.

Del estudio se desprende que la calidad de los servicios de salud, son un aspecto clave para influenciar en el paciente, a fin que continúe sus exámenes y tratamientos, coadyuvando a tener mayor cuidado de su salud. En esa misma línea, el estudio también considera importante el involucramiento de todos los profesionales de la salud, para implementar los proyectos de mejora de la calidad.

(García, 2012) de la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de Ingeniería, presentó la tesis *“Análisis de los sistemas de gestión de la calidad y la administración pública en la Presidencia del Consejo de Ministros”*, el cual tuvo como objetivo “Determinar si, el análisis de los sistemas de gestión de calidad tiene implicancias en la administración pública en la Presidencia del Consejo de Ministros en el año 2011”. La investigación tomó como referencia los modelos de gestión de calidad ISO 9001 y EFQM de excelencia.

Su investigación tenía como propósito fundamental resolver los problemas presentados de manera práctica, definiéndose como una investigación aplicada. Para ello realizó estudios de opinión dirigida a diez profesionales especializados en materia de gestión pública, con el propósito de establecer la real situación y el impacto que tienen los sistemas de gestión de calidad y de administración pública en los servicios que presta la PCM. Los resultados de la investigación permiten determinar que la gestión de la calidad si tiene implicancias favorables en la gestión por resultados del año 2011, en la Presidencia del Consejo de Ministros, para reducir los costos, ordenar adecuadamente las actividades y mejorar los procesos adecuados de los documentos.

1.2. Marco teórico

Después que se establecieron los objetivos del presente estudio y las preguntas de investigación, la siguiente etapa consistió en revisar la literatura relacionada con el tema de investigación, para lo cual se recopiló y seleccionó las referencias de mayor utilidad, para la elaboración del sustento del marco teórico de la investigación.

Según (Hernández-Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014):

La revisión de la literatura debe iniciarse desde el comienzo del estudio porque el conocimiento que nos brinda es útil para

plantear el problema de investigación y posteriormente nos sirve para refinarlo y contextualizarlo. (p. 58)

A partir de la revisión de la literatura, la investigación tuvo como estrategia recopilar las teorías que pudieran describir y explicar de manera coherente, del por qué y de cómo la gestión de la calidad logró impactar con buenos resultados, sobre los usuarios y pacientes que recibieron las prestaciones de la salud; en ese sentido “En términos generales, una teoría es un conjunto de proposiciones interrelacionadas capaces de explicar por qué y cómo ocurre un fenómeno” (Hernández-Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014, pág. 60). Para la construcción del marco teórico, se procedió a seleccionar la teoría que más se relacionó con el problema del estudio, complementando con los elementos de otras teorías similares, siguiendo las recomendaciones que brindan (Hernández-Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014):

Un buen marco teórico no es aquel que contiene muchas páginas, sino que trata con profundidad únicamente los aspectos relacionados con el problema, y que vincula de manera lógica y coherente los conceptos y las proposiciones existentes en estudios anteriores. [...] Construir el marco teórico no significa sólo reunir información, sino también ligarla e interpretarla. (p. 75)

Para ligar e interpretar la información recopilada se tuvo que ordenar las diferentes teorías, enfoques y planteamientos de la gestión de la calidad, proponiendo un marco teórico que se oriente a explicar de manera holística, de cómo se puede resolver el problema principal de la presente investigación. Por lo tanto, según Bernal (2000), citado por (Carrasco-Díaz, 2006) señala que el marco teórico “es una presentación de las principales escuelas, enfoques o teorías existentes sobre el tema objeto de estudio, en que se muestra el nivel de conocimiento en dicho campo” (p.127).

Al momento de preparar el marco teórico, se procedió a elaborar primero un índice general, para luego completar y ajustar con índice más específico, pasando de lo general a lo particular, dicho proceso es denominado por (Hernández-Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014), como “Vertebración del marco teórico”.

Para construir el marco teórico, se requiere aplicar el método por índices. En ese sentido, según (Hernández-Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014) señalan que:

Otra manera rápida y eficaz de construir un marco teórico consiste en desarrollar, en primer lugar, un índice tentativo de éste, global o general, e irlo afinando hasta que sea sumamente específico, luego, se coloca la información (referencias) en el lugar correspondiente dentro del esquema. A esta operación puede denominársele “vertebrar” el marco o perspectiva teórica (p.78).

1.2.1. Marco filosófico de la investigación

La gestión de la calidad ha cobrado un papel muy importante en la gestión de las organizaciones, los cuales buscan asegurar que los servicios que brindan a sus clientes sean satisfactorios.

Desde la década de los años 50, se impulsaron los nuevos conceptos sobre la gestión de la calidad, a través de dos académicos norteamericanos: William Deming y Joseph Jurán, quienes lograron desarrollar la gestión de la calidad desde el seno de las empresas japonesas.

Los orígenes académicos de la gestión de la calidad se dieron en el seno de las empresas japonesas, promovida a partir de la enseñanza de dos profesores norteamericanos: quienes en la década de los años 50 impulsaron los conceptos sobre la gestión de la calidad.

(Suarez, 2007) señaló que:

A lo largo de los años un gran número de expertos o los llamados filósofos en el enfoque del TQM, tales como Deming (1986) con sus doce principios, Jurán (1974) con su Trilogía de la Calidad, Ishikawa (1988) con sus herramientas básicas de calidad y sus círculos de calidad, Crosby (1979) con sus costes de la calidad y su modelo de Cero Defectos, Taguchi (1979) con su medida robusta de la calidad y algunos otros, desarrollaron sus propios modelos y perspectivas del TQM (p.29).

La filosofía de la calidad busca introducir a todo el personal de una empresa en la aplicación de mejorar continuamente todos los aspectos de su organización, motivándolos a que hagan las cosas de una manera correcta y centrada en satisfacer a los clientes de la empresa. (Mandujano, 2015) menciona que “la filosofía de la calidad total proporciona una concepción global que fomenta la mejora continua en la organización y el involucramiento de todos sus miembros, centrándose en la satisfacción tanto del cliente interno como del externo” (p.11).

Asimismo, otro aspecto importante que aporta la filosofía de calidad, son los fundamentos teóricos para la identificación y conocimiento completo de los procesos de los servicios, con la finalidad de controlar el riesgo y la incertidumbre sobre eventos desconocidos, los cuales pueden afectar la gestión de calidad. Al respecto (Evans & Lindsay, 2008) cita que “la filosofía de Deming se centra en la mejora continua en la calidad de productos y servicios reduciendo la incertidumbre y la variabilidad en los procesos de diseño, manufactura y servicio, bajo el liderazgo de los directores” (p.94). La falta de reducción de los procesos erráticos genera un servicio ineficiente que no coadyuva a cumplir con las expectativas de los clientes.

Dentro de los aportes teóricos de la gestión de calidad, se han propuesto diversos modelos llevados a cabo principalmente en las empresas privadas y posteriormente implementadas en las entidades públicas. Las

organizaciones han venido aplicando los modelos de gestión de calidad con mayor éxito en los países desarrollados, debido al nivel de compromiso de los ejecutivos y a los recursos que han destinado para dicho fin.

En relación a los modelos de calidad, (Henderson, 2011) señala que:

En el desarrollo del concepto y las técnicas de calidad se sentaron bases que han permitido la construcción de modelos de calidad o excelencia que dan líneas guías a las empresas y organizaciones que tengan interés de mejorar sus procesos, sus gestiones y, en general, cada uno de los aspectos que pertenecen a dicha empresa. Los modelos no dan pasos a seguir [...] lo que proveen son conceptos clave que deben ser revisados y evaluados, y es a través de esa evaluación, que se logran dar los pasos necesarios hacia la mejora de la organización (p.221).

En el ámbito internacional se han venido desarrollando diversos modelos de gestión de calidad, dentro de los que tiene mayor aceptación en el mundo tenemos al modelo de gestión de la calidad ISO 9000, creada por la *International Standar Organization (ISO)* en 1987, el cual define como “un conjunto de normas orientados a controlar, asegurar y evaluar la calidad de servicios y productos, para las organizaciones tanto privadas como públicas”. Dicha norma es una de las más utilizadas por el sector industrial internacional. Otro modelo importante conocido y aplicado en Europa es el modelo de gestión de la calidad EFQM, conocido como “*European Foundation for Quality Managment*”, fundada en el año 1988 con la participación de empresas transnacionales europeas, que tuvieron como propósito fortalecer la competitividad de sus empresas frente al crecimiento de los mercados japoneses y norteamericanos.

Inicialmente los modelos de gestión de la calidad surgieron en el sector de empresas privadas y luego fueron siendo incorporados a las organizaciones del sector público. En el año 2000 se realizó la primera

conferencia europea de calidad para las administraciones públicas en la ciudad de Lisboa, mediante el cual se presentó como piloto al modelo CAF por sus siglas en inglés (Common Assessment Framework), el cual se desprende del modelo de la gestión de la calidad EFQM, orientado como un modelo de gestión de calidad específico para el sector público.

Según (Moyado, 2014), el CAF:

Busca facilitar la aplicación de técnicas de gestión de calidad en las organizaciones públicas, proporcionando un modelo de autoevaluación del proceso de introducción de la calidad y sus herramientas, además de servir como puente entre modelos y metodologías utilizados entre las administraciones públicas de la Unión Europea (p.93).

En el caso particular para los países de América Latina, en el año 2008 el Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) presentó en San Salvador, la Carta Iberoamericana de calidad en la gestión pública, con el objetivo de “promover el establecimiento de un enfoque común acerca de las nociones de calidad y de excelencia en la gestión pública, sirve de referencia a las diferentes administraciones públicas iberoamericanas”, dicho modelo define principios para la gestión pública de la calidad, estableciendo derechos y deberes de los ciudadanos, así mismo propone ejes, estrategias y acciones a desarrollar en 18 países de Iberoamérica (9 países de Latinoamérica, 7 países de Centroamérica y 2 países de Europa), a fin de lograr una gestión pública teniendo como centro al ciudadano.

En el año 2002 el gobierno de Alejandro Toledo promulga la Ley N° 27658, “Ley Marco de Modernización del Estado”, el cual declara al Estado peruano “en proceso de modernización, estableciendo principios, acciones, mecanismos y herramientas para llevar a cabo el mismo. En este sentido, la nueva gestión pública tendrá que estar orientada al servicio del ciudadano, la persona humana y a la obtención de resultados”. El enfoque de la ley tiene como propósito mejorar la gestión pública y construir un estado moderno,

teniendo como finalidad alcanzar un mayor nivel de eficiencia en todas las entidades del Estado.

En el año 1936, durante el gobierno del General Oscar Benavides se promulgó la Ley N° 8433, a través del cual se crea por primera vez el Seguro Social Obrero Obligatorio y la Caja Nacional del Seguro Social. De acuerdo a lo señalado por el plan estratégico institucional 2012 – 2016 del Seguro Social de Salud (Essalud):

El seguro cubría los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte, brindaba prestaciones de “asistencia médica general y especial, atención hospitalaria, servicio de farmacia y subsidios en dinero” (por enfermedad, maternidad, lactancia y defunción); así como pensiones de invalidez y vejez. La ley estableció una cotización del 8% (4.5% el patrono, 1% el Estado y 2.5% el asegurado) para los asegurados dependientes y para los facultativos también 8%.

A través del gobierno de Alberto Fujimori, en el año 1999 se promulgó la Ley N° 27056, mediante el cual se crea el Seguro Social de Salud (Essalud), el mismo que “tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos”. En la Ley vigente en la actualidad los empleadores aportan el 9% de los ingresos de sus trabajadores, no teniendo directamente ningún aporte ni el Estado, ni los trabajadores.

En el año 2016 un aspecto que tuvo mucha demanda en el Seguro Social de Salud del Perú, fueron las prestaciones de salud que se brindaron a sus asegurados, los cuales bordearon en alrededor de 10 millones de habitantes asegurados, significando alrededor del 35% de la población peruana. Los modelos de sistemas de protección social de la salud, se

orientan a conseguir el acceso universal de los ciudadanos a los servicios de salud, para lo cual requieren ofrecerle protección financiera de manera eficiente, pero aún no se ha logrado consolidar un esquema de financiamiento basado en el asegurado, que permita alcanzar dichos objetivos en el Perú.

El derecho a la seguridad social es reconocido en la mayoría de los países del mundo como un derecho humano, y su propósito es facilitar el acceso a sus asegurados a los servicios de salud, tal como lo expresa la (Organización Internacional de Trabajo, 2011): “el acceso a los servicios de salud es fundamental para alcanzar un nivel mínimo de calidad de vida y para garantizar el bienestar y la productividad futuros” (p.47). La situación particular de la Seguridad Social en el Perú en el año 2016, es que sus asegurados no logran recibir los servicios de salud con plena satisfacción.

Un tema crucial que afecta de sobremanera a la mayoría de los sistemas de seguridad social en el mundo, se relaciona con la gestión de los costos relacionados a los servicios de la salud. El incremento de los costos directos e indirectos en la gestión de salud, definitivamente viene socavando la capacidad que tienen los servicios de salud que se brinda a los asegurados. De acuerdo a lo que señala la (Organización Internacional de Trabajo, 2011):

Los sistemas de seguridad social son eficaces y eficientes cuando sus objetivos de política se alcanzan a un costo adecuado y sin efectos secundarios no deseados. Sólo pueden ser sostenibles si están diseñados con el fin de responder a las necesidades de la población y si se considera que su gestión es correcta y fiable. No hay nada que socave más la credibilidad de los sistemas de seguridad social que una mala gestión, es decir, cuando se considera que en esos sistemas hay despilfarros y no responde a las necesidades de la población (pp.121-122).

En sentido general, los gastos relacionados a la salud deben tener niveles razonables, garantizando al mismo tiempo un nivel aceptable de la

gestión de la calidad, protegiendo los servicios esenciales que brinda la Seguridad Social de Salud para que todos sus asegurados tengan acceso. Es indispensable que la alta dirección de Essalud genere apoyo y recursos para mejorar la calidad de los servicios, los cuales deben ser articulados a través de un modelo de gestión de la calidad innovador, que establezca un mapa de ruta sobre el cual se mejore el gobierno, el financiamiento y la administración del Seguro Social en el Perú.

1.2.2. Bases teóricas

1.2.2.1. La gestión de la calidad total

La gestión de la calidad total, es definida por (Feigenbaum, 1991) como: “Un sistema eficaz para integrar los esfuerzos de mejora de la calidad de los distintos grupos de una organización, para proporcionar productos y servicios a niveles que permitan la satisfacción del cliente” (pp.77-78).

La calidad total se orienta a cubrir todas las actividades que realiza una organización, para ello requiere de la colaboración y cooperación de todo su personal, que participe de manera articulada y se sientan identificados con buscar la plena satisfacción del cliente.

De acuerdo a (Evans & Lindsay, 2008): el concepto de calidad “Alinea e integra las actividades de negocios, da como resultado la entrega de valor en constante mejoría a los clientes y accionistas y contribuye a la efectividad global y la sostenibilidad organizacional” (p.11), evolucionando a un concepto de excelencia en el desempeño.

Las organizaciones y empresas al implementar la excelencia en sus servicios y productos, logran satisfacer a todos los actores implicados, sean estos clientes, personas, accionistas, proveedores y sociedad en general.

Las evidencias prácticas relacionadas con las empresas que ganaron los premios a la calidad fueron muy alentadores para su competitividad, según

lo señalado por (Hendricks & Singhal, 1997): “La ejecución de programas eficaces de gestión de la calidad total (TQM), mejoran el rendimiento operativo de las empresas”.

Dicho planteamiento fue resultado de la evaluación y análisis de los resultados del desempeño financiero, que realizaron (Hendricks & Singhal, 1997) a las empresas que cotizaban en la bolsa de valores y que ganaron el premio de la calidad. El estudio que realizaron los investigadores tuvo una muestra de 600 empresas, durante el lapso de 6 años. Dichos resultados fueron comparados con un grupo de empresas de control de similar tamaño y del mismo sector, llegando a la conclusión que las empresas que ganaron los premios a la calidad, fueron más competitivas, logrando un mayor crecimiento en sus ventas y utilidades.

Desde la década de los años setenta, los japoneses impulsaron el modelo de la calidad propuesto por Edwards Deming, a través del cual dicho modelo tenía como objetivo la mejora de la organización, de sus productos y la satisfacción de sus clientes; posteriormente se implementó la práctica del control de calidad total con la propuesta de (Rieker, 1983), quien consideró los siguientes conceptos, para el control de la calidad total en Japón:

El énfasis en la calidad se extiende al análisis del mercado, diseño y servicio al cliente y no sólo a las etapas de producción de la elaboración de un producto.

El énfasis en la calidad está dirigido a las operaciones en cada departamento desde los ejecutivos hasta el auxiliar administrativo.

La calidad es responsabilidad de la persona y el grupo de trabajo, no de algún otro grupo, como el de inspección.

Los dos tipos de características de la calidad consideradas por los clientes son las que satisfacen y las que motivan. Sólo las últimas tienen una estrecha relación con las ventas repetidas y una imagen de calidad.

El primer cliente para una parte o segmento de información es por lo general el siguiente departamento en el proceso de producción.

(Suarez, 2007) señaló que la calidad se basa en cuatro principios: cumplir con los requisitos, prevenir el ecosistema de calidad, realizar el estándar de cero defectos y medir el precio del incumplimiento.

Kaoru Ishikawa trabajó en el desarrollo de los métodos de mejoramiento de la productividad, fue considerado el precursor de la calidad total en Japón, al igual que otros expertos japoneses como Shigeo Shingo y Genichi Taguchi.

(Summers, 2006) explicó sobre la importancia que tiene el enfoque del Dr. Armand Feigenbaum, fundador de la calidad total, señalando lo siguiente:

El doctor Feigenbaum definió el concepto de calidad con base en la experiencia real de los clientes respecto de un producto o servicio. Su obra más memorable: Total Quality Control, publicado por primera vez en 1951 y actualizada de manera regular a partir de entonces, ha influido significativamente en las prácticas industriales. En el texto original, Feigenbaum predijo que la calidad se convertiría en un tema de gran relevancia para la satisfacción del cliente, sobrepasando incluso la importancia del precio en el proceso de toma de decisiones. Tal como este autor presagió, los consumidores se han acostumbrado a considerar la calidad como una dimensión esencial del producto o servicio que adquieren.

1.2.2.2. Conceptos de referencia de la gestión de la calidad en salud

Accesibilidad

De acuerdo a lo señalado por (Fajardo-Ortiz, 1983) define la accesibilidad como: “Condición básica para que la población pueda utilizar con mayor facilidad los servicios médicos; puede ser obstaculizada por barreras geográficas, climáticas, territoriales, legales o financieras. Facilidad para obtener un bien o servicio” (p.62).

Acreditación hospitalaria

De acuerdo (Varo, 1994) menciona que la acreditación es un método de análisis de la calidad que “se emplea a fin de comprobar si el centro sanitario posee la estructura física, los equipos, la organización, los métodos y procedimientos, el personal y otras características adecuados para alcanzar los niveles de calidad especificados” (p.288).

Para Varo la acreditación no busca medir la calidad de la asistencia de la salud, sino que mide la estructura física, organizacional y funcional de un establecimiento de salud, a partir de normas previamente definidas y establecidas:

La acreditación analiza la estructura física, orgánica y funcional de un hospital, comparándola con unas normas establecidas que definen el modelo de centro sanitario deseado en orden a garantizar unos niveles de calidad definidos. Con la acreditación se examina el soporte físico (estructura física y equipos), los medios humanos (cantidad, capacitación y calidad), los medios organizativos (métodos, sistemas y procedimientos de gestión) y el funcionamiento general del hospital. (Varo, 1994, pág. 358)

Para (Fajardo-Ortiz, 1983) la acreditación es el “Aval que se otorga a una institución o servicio de salud, que cumple con los estándares mínimos de

calidad vigentes, tanto en la estructura como en el proceso y los resultados, que permita garantizar una atención médica con calidad” (p.63).

Acreditación Joint Comission Internacional

Según (Robledo-Galván, 2012) señala sobre la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization -JCAHCO- de los Estados Unidos: “es una institución del más alto prestigio en la materia y definen la calidad de la atención de una forma muy simple: Hacer las cosas correctas y hacerlas bien” (p.174). En 1951, con el concurso y acuerdo entre las principales asociaciones de profesionales de la salud, así como de la Asociación Americana de Hospitales se conformó la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales (Joint Commission on Accreditation of Hospitals), como una institución externa dedicada a evaluar y regular la aplicación voluntaria de estándares de calidad para los hospitales en Estado Unidos, con acreditación orientada específicamente para los servicios de salud.

En la actualidad, la acreditación se otorga a través de la Joint Commission International, la misma que certifica a hospitales en todo el mundo, los cuales cumplen con el logro de estándares con un nivel óptimo. En ese sentido, en el año 2008 la propia Joint Commission Internacional (JCI) definió su misión de la siguiente manera:

Mejorar la calidad y la seguridad de la atención en salud dentro de la comunidad internacional a través de la prestación de servicios de acreditación y consulta. La JCI dispone de un amplio programa internacional de acreditaciones que abarca centros y organizaciones de carácter sanitario y socio sanitario.

Aseguramiento de la calidad

El aseguramiento de la calidad (Varo, 1994) comprende:

El conjunto de acciones, planificadas y sistematizadas, necesarias para infundir la confianza de que un bien o servicio va a cumplir los requisitos de calidad exigidos. Incluye el conjunto de actividades realizadas por las empresas dirigidas a asegurar que la calidad producida satisface las necesidades del consumidor [...] Dicha actividad, responsabilidad de la dirección, se lleva a efecto con la ejecución de las diversas modalidades de auditoría de calidad (p.5).

Atención médica de calidad

Según (Donabedian, The definition of quality and approaches to its assessment., 1980) define la atención de calidad como: “El tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes” (p. 38-40).

Para (Aguirre-Gas, 2002) la calidad de atención debe satisfacer las necesidades de salud de los pacientes, por ello señala que la calidad de la atención debe orientarse a “Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de sus necesidades de salud y de sus expectativas, las del prestador de servicios y las de la Institución” (p.58).

Auditoría médica

(Varo, 1994) señala que la auditoría médica es “el estudio retrospectivo que analiza la calidad después de que el episodio asistencial se ha realizado, bien en casos concretos bien mediante muestreo estadístico, comparándolo con los criterios de calidad establecidos” (p. 290).

De acuerdo a la Sociedad Americana para el Control de Calidad ASQC, la auditoria de calidad es definida como “Un examen sistemático de las actuaciones y decisiones de las personas con respecto a la calidad, con

objeto de verificar o evaluar de manera independiente e informar del cumplimiento de los requisitos operativos del programa de calidad”.

(Ramos, 2011), señala en relación a la auditoría médica lo siguiente:

La mayoría de los autores consideran que para iniciar o continuar un programa de calidad debe comenzar con aplicar la auditoría médica, la cual es uno de los métodos de control de calidad realmente de la mayor importancia, que surgió en 1918 con G. Ward (Lembeque, 1956). Siempre se ha considerado que las auditorías médicas pueden ser externas o internas. La primera se realiza por personas ajenas a la institución, por lo general, por especialistas de los diferentes niveles del sistema de salud, y las internas por la propia institución, encaminadas a verificar el proceso de atención y dar cumplimiento a los objetivos propuestos (p.45).

Para (Llanos, 2000) la auditoría médica tiene finalmente una repercusión sobre la calidad de vida del paciente, a partir de la atención que éste recibe, en ese sentido, señala que la auditoría médica “es el análisis crítico sistemático de la calidad de atención, incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de recursos y los resultados de los mismos que repercuten en los desenlaces clínicos y en la calidad de vida del paciente” (p.108).

Autoevaluación

Para (Varo, 1994), la autoevaluación es un proceso mediante el cual se valora la atención de la salud que realizan los profesionales de la salud, Varo define a la autoevaluación como “la evaluación de la calidad científico-técnica de la práctica profesional por los propios profesionales” (p.18), la cual es efectuada luego de culminar la atención.

Calidad de la atención médica

Según (Ramos, 2011) la calidad de la atención se relaciona con “El grado de perfección de un producto o servicio, el control de la variabilidad en su proceso y el nivel de satisfacción del cliente respecto a este” (p.45).

El concepto de la calidad se ha transformado, de alguna manera buscando que los clientes se encuentren conformes con los resultados del producto o servicio. Ramos también define como buena calidad en la atención de la salud: “cuando los resultados, productos o efectos del proceso de atención de salud, satisfacen los requisitos y seguridad del paciente, las expectativas de los profesionales, los trabajadores, la institución y el sistema”.

Necesariamente la calidad nos exige contar con información actualizada y con mecanismos de medición que permitan identificar los avances que se vienen alcanzando con la calidad, de allí que (Crosby, 1996) señaló que “la medición de la calidad es efectiva sólo cuando se realiza de tal manera que produzca información que la gente pueda entender y utilizar” (p.27). Luego que se logra alcanzar la medición de la calidad es importante que los gestores de la calidad se encarguen de buscar la conformidad con todos los clientes y usuarios que se interrelacionan con el servicio o producto medido, por ello Crosby mencionó que “La calidad significa conformidad con los requerimientos; la responsabilidad primordial de la administración es el causar que sean creados los requerimientos correctos”.

Según el marco conceptual de la clasificación internacional de la calidad del paciente, formulado por la Organización Mundial de la Salud el año 2009, señala que “La calidad es el grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones, aumentan la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento”. En ese sentido, la calidad del servicio de salud se relaciona directamente con los resultados de los planes sanitarios que formule una institución de salud. Decir que existe calidad en los servicios de salud, implica que los procesos relacionadas a ella, deben ser efectivos,

eficiente, satisfacer a los pacientes y también a los profesionales de la salud, siendo importante hacer partícipe al paciente, para que conozca dichos procesos.

De alguna manera, los conceptos formulados por la OMS, coinciden con lo señalado por (Donabedian, Los siete pilares de la calidad, 2001), quien señala que “La calidad de la atención en salud no reside en una persona, dispositivo o unidad en particular, sino en las interacciones entre todos los componentes del sistema” (pp.96-100).

Evaluación de la calidad

Según (Donabedian, Los siete pilares de la calidad, 2001), la evaluación de la calidad consiste en “examinar el proceso mismo de prestación, en lugar de los resultados. [...] lo que interesa no es el poder de la tecnología médica de alcanzar los resultados previstos, sino determinar si se ha aplicado lo que ahora se conoce como buena atención médica” (p.12).

Gestión de Riesgos

Para (Varo, 1994), la gestión del riesgo “se caracteriza por la creación de un sistema de identificación y tabulación de aquellas situaciones en las que los pacientes puedan sufrir algún daño” (p. 295), a través de la gestión del riesgo se orienta a disminuir cualquier evento que pudiere ser perjudicial en el proceso de la prestación asistencial.

Humanización de la atención de salud

De acuerdo a (Bermejo, 2014), la humanización de la salud:

Es un proceso complejo que abarca todas las dimensiones de la persona, y que va desde la política hasta la cultura, la organización sanitaria, la formación de profesionales, o el

desarrollo de planes de cuidados en todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual (p.12).

La humanización de la atención de la salud, se relaciona con los valores que deben tener los profesionales de la salud, para ofrecer un trato digno y humano en la atención sanitaria. El personal asistencial debe ser consciente y sensible, respetando a sus pacientes como si fuera su propia familia.

Los autores (Martins & Stein-Backes, 2008) señalan que “La humanización bajo el punto de vista de la hermenéutica significa la reorganización de las prácticas de salud, retratando el compromiso de las tecno-ciencias en sus medios y fines, con la realización de valores humanos” (p.280). Ambos investigadores consideran que la humanización de la salud consiste en priorizar el respeto a la persona humana, por encima del valor de eficacia que brinda la tecnología, la calidad del servicio debe ante todo privilegiar la cultura, orientando a respetar al derecho de la vida humana.

Mejoramiento continuo

Según lo referido por (Evans & Lindsay, 2008) sobre el mejoramiento continuo:

Tanto a los cambios incrementales, que son pequeños y graduales, como a las innovaciones, o mejoras grandes y rápidas. Estas mejoras pueden adoptar cualquiera de varias formas: Aumentar el valor para el cliente a través de productos y servicios nuevos y mejorados; reducir los errores, defectos, desperdicios y sus costos relacionados; aumentar la productividad y la eficiencia en el uso de los recursos; mejorar la capacidad de respuesta y el desempeño del tiempo del ciclo

para procesos, como resolver las quejas de los clientes o la introducción de nuevos productos (p.22).

Modelo de calidad del servicio SERVQUAL

Para los investigadores (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1988) el Servqual:

Tiene una variedad de aplicaciones potenciales. Puede ayudar a una amplia gama de organizaciones de servicios, a evaluar las expectativas de los consumidores y las percepciones de la calidad del servicio. También puede ayudar a identificar las áreas que requieren atención y acción gerencial para mejorar la calidad de servicio (p.36).

El modelo Servqual permite diferenciar las expectativas que se generan en los pacientes y la percepción que tienen respecto al servicio que reciben, el cuestionario es un instrumento importante que permite medir la calidad de los servicios.

Los investigadores (Asubonteg, Mccleary, & Swan, 1996) hicieron una revisión crítica del modelo Servqual y a su cuestionario, citando que “hasta que surja un mejor modelo, SERVQUAL predominará como una medida de calidad del servicio” (p.62), si bien lo consideraban como confiable y útil para medir la calidad de servicios, también señalaron que era insuficiente para contar con la información completa de las necesidades, expectativas y percepciones de una organización de servicios.

De acuerdo a (Vera & Trujillo, 2016) el Servqual es un instrumento de medición muy útil para mejorar y evaluar la calidad del servicio respecto a la satisfacción del usuario, sin embargo, dada la variedad de los tipos de servicios que se brindan, es necesario adecuarlo en los casos de los servicios de salud. En ese sentido dichos autores señalan que Servqual:

Ha recibido considerables críticas sobre qué tan adecuado es utilizar este mismo instrumento en todos los tipos distintos de servicios. Es decir, algunos autores afirman que no todos los servicios tienen las mismas características básicas, por lo que se han desarrollado instrumentos específicos enfocados a diferentes industrias (p.4).

Quejas y reclamos del paciente

La información de las quejas médicas que remiten los pacientes, se han convertido en una especie de indicador de la calidad, de allí que (Hernández-Torres, Aguilar-Romero, Santacruz-Varela, Rodríguez-Martínez, & Fajardo-Dolci, 2009) señalan que las quejas son “Verdaderos rastreadores o pistas en la búsqueda de las causas - raíz que permiten reconocer los hechos, identificar eventos adversos e indicar acciones o recomendaciones concretas, para la mejora de los sistemas de salud” (p.28).

Satisfacción del paciente

La satisfacción consiste en comparar la percepción que tiene el cliente, sobre la expectativa de un servicio o producto, respecto al servicio recibido en la realidad. De acuerdo a lo que señala (Varo, 1994) los servicios asistenciales médicos tienen como objetivo:

Satisfacer las necesidades de sus usuarios; consecuentemente, el análisis de la satisfacción de los mismos, aunque difícil de realizar, es un instrumento de medida de la calidad de la atención médica. Hay dos criterios, comúnmente esgrimidos, que suponen un obstáculo a la orientación de los servicios sanitarios al cliente y a la satisfacción de sus necesidades y preferencias (p. 64).

Las diversas investigaciones de la gestión de la salud, señalan que existe una relación entre la forma como se gestiona las quejas y reclamos de los pacientes, con el nivel de insatisfacción de los servicios que reciben. De acuerdo a lo que señala (Hernández-Torres, Aguilar-Romero, Santacruz-Varela, Rodríguez-Martínez, & Fajardo-Dolci, 2009): “Cuando la calidad de la atención médica se ve deteriorada, por el cúmulo de errores que suceden durante su otorgamiento y el usuario lo percibe, generalmente al no tolerarlo experimenta la sensación de insatisfacción” (p.29).

En ese sentido, se puede señalar que la satisfacción de los pacientes, están directamente relacionados con la reducción de quejas y con la mejora de la calidad de la atención médica.

Seguridad del paciente

Dentro de los sistemas de salud se busca reducir los errores de la práctica médica, en ese sentido (Ramos, 2011) señala que:

Una de las causas que se ha de tener en cuenta en los inadecuados resultados del proceso de atención de salud está relacionada precisamente con el error médico, que en la actualidad constituye el problema de calidad más importante en todas las latitudes, incluyendo los organismos internacionales de salud (p.124).

De acuerdo a lo señalado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2002, considera indispensable mejorar la seguridad del paciente para mejorar la calidad de la atención, precisando que “Exige una labor coordinada que afecta a todo el sistema de salud y la intervención de una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, entorno y gestión del riesgo”.

1.2.2.3. La gestión de la calidad y su implicancia en la gestión pública

Muchos académicos describen el desarrollo exitoso de la gestión de la calidad, como herramienta estratégica para el crecimiento de la productividad en la gestión pública. A través de (Villoria, 1997) se analizó la influencia que viene teniendo la calidad en la gestión pública: “La gestión de la calidad surge como respuesta al cuestionamiento de la administración como institución eficaz, como organización proveedora de servicios a unos ciudadanos que esperan del conjunto de organizaciones públicas respuestas a sus necesidades” (p.98). La gestión de la calidad busca asegurar los resultados que esperan sus ciudadanos, priorizando el uso de sus recursos con eficiencia y eficacia, para lo cual el camino a seguir, pasa por mejorar la competitividad. La combinación de la gestión de la calidad y la gestión pública viene generando cambios internos en las organizaciones públicas, facilitando el impacto positivo a nivel de los usuarios, consumidores, derechohabientes o clientes, recuperando la confianza y reconocimiento social.

La gestión de la calidad ha generado efectos positivos sobre la gestión pública, debido a que dotado de instrumentos muy útiles para mejorar el servicio que se brinda a los ciudadanos. Según (Moyado, 2014) señala que:

La introducción de la calidad en la gestión pública ha permitido dejar atrás la idea de una administración pública compleja, obesa y onerosa, para avanzar hacia una gestión pública ágil y eficiente, con menor regulación y que permita facilitar la inversión, pública y privada, la realización de todo tipo de iniciativas emprendedoras y el acceso a trámites y servicios debidamente certificados, lo que otorga certidumbre sobre la calidad de las propias instituciones del sector público.

Las administraciones de los gobiernos tienen la alta responsabilidad de implementar la gestión de la calidad en el sector público, por que resultará de mucha influencia y será determinante para mejorar su desempeño económico, así como de brindar servicios públicos eficientes y conformes con las

exigencias de los ciudadanos. Cada vez existe mayor reconocimiento de los gestores públicos, en suministrar servicios con altos estándares de calidad, para satisfacción de los ciudadanos.

En el año 1990, la Oficina de Gestión de Presupuesto de la Administración Pública de los Estados Unidos, definió a la gestión de la calidad total de la siguiente manera: “Es el enfoque de toda una organización para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente, involucrando a todos los directivos y empleados en el uso de métodos cuantitativos, para mejorar los procesos y servicios de la organización”.

De acuerdo a los autores (Juanes & Blanco, 2001) los modelos de calidad son: “la agrupación de manera ordenada y racional de los elementos sobre los que se fundamenta la prestación de servicios de calidad que satisfagan las necesidades de los diferentes grupos de interés (stakeholders) optimizando el uso de los recursos internos” (p.4). La agrupación de elementos, sirve como referencia para la estructuración de planes de calidad y estrategias, que abarquen todas las áreas clave en las empresas y en las organizaciones públicas.

Según (De Nieves & Ros-McDonnell, 2006), señalan que:

El Modelo Europeo EFQM basa su enfoque en determinados agentes facilitadores de la organización y en los resultados. Al igual que su homólogo europeo, el Modelo Iberoamericano, que también los basa además en resultados; son claves en el enfoque de ambos, el liderazgo, los clientes, los procesos y los resultados. El Modelo Gerencial Deming, basa su enfoque en el control estadístico, en la resolución de problemas y en perfeccionamiento o mejora continua. Mientras que el Modelo Malcolm Baldrige, sin embargo, se fundamenta en el liderazgo hacia cliente, en el apoyo a la organización; en la medición de índices y parámetros y en el benchmarking como forma de mantener la ventaja competitiva de la organización (p.2).

Cabe mencionar, que en el mundo surgieron diferentes modelos de la calidad, cada uno de ellos fue y es aplicado a un determinado contexto; la mayoría de los modelos se han implantado en el sector privado y últimamente en el sector público. El diseño de los modelos de la calidad, son aportes muy relevantes que han contribuido a la construcción del marco teórico; y a resolver problemas de insatisfacción de los usuarios de la gestión pública. El diseño de los modelos de la gestión de la calidad, han logrado un importante avance, muy útiles para los planes de los gobiernos y los retos que se plantean las administraciones públicas.

Según lo señalado por (Guadarrama & Contreras, 2008):

En contextos caracterizados por la ausencia de indicadores efectivos para evaluar los resultados de la organización o el logro de metas, es frecuente que se adopten nuevas formas de operación o modelos de acción, sobre todo, cuando esos modelos han probado su éxito para otras organizaciones (p.5).

Es muy usual en la gestión pública, que las instituciones públicas adopten nuevas herramientas de gestión y mecanismos de operación para enfrentar los problemas. Muchos de los problemas se van complejizando y no son abordados ni resueltos de manera integral, por ello cada vez, los gestores públicos tienen retos mayores que enfrentar y cada nuevo enfoque o modelo, es una propuesta de acción que será exitosa, si logra obtener resultados que solucionen dichos problemas.

Las investigadoras (Guadarrama & Contreras, 2008), consideran que la gestión de la calidad genera un efecto positivo sobre las organizaciones, señalando que “el implementar la calidad significa un cambio, que puede impactar la estructura organizacional, el diseño de procesos, el liderazgo, la cultura, en algunos casos puede involucrar todos los aspectos, lo que da lugar a una transformación gradual” (p.8). Implementar los nuevos modelos de calidad, generan un cambio que será vinculante con los ciudadanos y con las

áreas de los servicios públicos, debiendo de generar un impacto a la sociedad y también a la propia organización.

1.2.2.4. La importancia de los premios a la calidad

Según (Summers, 2006) el Congreso de EEUU en el año 1987 estableció el premio a la calidad denominado “Premio nacional de calidad Malcom Baldrige”, el mismo que es de aplicación en las empresas norteamericanas del sector de negocios, educación y cuidado de la salud, siendo regulada la aplicación de la excelencia de la calidad por la American Society for Quality.

Los premios a la calidad tienen el propósito de averiguar cómo se vienen desempeñando las empresas, identificando el nivel de capacidad que presentan y como evalúan los principales criterios que se emplean, en la gestión de la calidad, el liderazgo, la planificación estratégica, la administración de los procesos, el enfoque al cliente y los recursos humanos, entre otros.

1.2.2.5. La importancia de la gestión de la calidad en la gestión de las organizaciones

En el entorno mundial, en las últimas décadas por efectos de la globalización, los países se han vuelto cada vez más interdependientes, debido a la dinámica del intercambio de bienes y servicios, así como a los flujos de capital y tecnología. La mayoría de las empresas privadas y organizaciones públicas se encuentran preocupadas por competir en los mercados mundiales. Dicha situación exige que todos los procesos productivos tengan que definir estrategias que les permitan generar mayor estabilidad y competir de manera eficaz en los mercados.

La gestión de la calidad es una de las estrategias que contribuye a mejorar la posición de las empresas y organizaciones frente a la competencia globalizada. La calidad tiene como objetivo superar las expectativas que

tienen los clientes y ciudadanos, generando confianza entre ellos y adaptándolas a las nuevas condiciones existentes del mercado.

En ese contexto, existen diversos estudios teóricos que enfatizan la relevancia de la importancia estratégica que tiene la gestión de la calidad, con el fin de conseguir una ventaja competitiva. Al respecto (Perez, 1994) señala que “La competitividad es la capacidad de la empresa para suministrar productos o prestar servicios con calidad deseada y exigida por sus clientes al costo más bajo posible”.

Las empresas y organizaciones dependen en gran medida de la relación estrecha que existe entre la competitividad y la calidad. La gestión de la calidad engloba todas las actividades que realizan las organizaciones tales como la productividad, costo, beneficio, resultados, rapidez, innovación, entre otros, debiendo las empresas adaptarse a las variaciones de la demanda del mercado. Por dicha razón, al mejorar la calidad se transfieren las horas mal utilizadas a brindar un mejor servicio, (Deming, 1989) mencionó que mejorando la calidad da como resultado “Una reacción en cadena, se reducen los costos y se es más competitivo”, engendrando de manera natural e inevitable la mejora de la productividad.

Asimismo, las empresas que se orientan a la mejora continua de sus procesos, deben innovar de manera permanente y desplegar acciones que incrementen el valor que tienen sus procesos, a fin de mantener y ganar competitividad en los mercados globales. (Membrado Martinez, 2002) señala que “La mejora continua de procesos optimiza los procesos existentes mediante mejoras incrementales y la eliminación de operaciones que no aportan valor añadido”

La mejora continua de procesos potencia las capacidades de la organización y las competencias de las personas, facilitando el desarrollo de productos y servicios que satisfagan las necesidades y expectativas de cada cliente, el diseño de los procesos operacionales, de apoyo y estratégicos, así como de la mejora de las habilidades directrices que logren la participación de

todo el personal en el mejoramiento de la competitividad de las organizaciones, mediante la mejora competitiva de sus procesos.

En la actualidad, tanto la gestión de la calidad y la mejora continua de los procesos, transitan a una etapa evolutiva vinculada con las empresas, organizaciones y sociedad en general. Su influencia también alcanza a la gestión pública, siendo imprescindible contar con organismos públicos eficientes y con nivel profesional, con un manejo de las finanzas públicas sanas y de los recursos públicos transparentes, con principios de ética para brindar servicios públicos con calidad en beneficio de los ciudadanos. Por dicha razón, nos encontramos ante un tema que tiene una alta importancia, por los beneficios que genera, pero que al mismo tiempo es un tema complejo y poco explorado. Es de mucha importancia realizar estudios con mayor profundidad en nuestro país, para incrementar nuestro conocimiento y comprensión, de tal forma se vuelve un tema vital para los académicos de la gestión de calidad.

1.2.2.6. Los procesos dentro de la gestión de la calidad

La implementación de la gestión de los procesos involucra diversos cambios en los sistemas organizacionales y de producción, que tienen actualmente las empresas y organizaciones públicas, enfocando principalmente los procesos relacionados a la generación de productos y servicios que satisfagan a sus usuarios y clientes. La gestión de los procesos debe ser plasmada como un sistema que integre las actividades de la organización, sobre una base que coadyuve a incrementar la satisfacción del cliente.

De acuerdo a (Sáez, García, Palao, & Rojo, 2003) el proceso se define como “conjunto de actividades que recibe uno o más insumos y crea un producto de valor para el cliente. Dichas tareas individuales dentro de cada proceso son importantes, pero ninguna de ellas tiene importancia para el cliente si el proceso global no funciona” (p.57). Lo más relevante que puede obtenerse en los procesos de una organización, se relaciona con el valor útil

que recibe el cliente o usuario, siendo éstas más importantes que las propias actividades que engloban sus procesos.

De acuerdo a (Suárez-Barraza & Ramis-Pujol, 2008), sostienen respecto a los procesos:

Desde los años noventa el concepto de procesos ha irrumpido en la arena del management (Biazzo y Bernardi, 2003). Garvin (1998) indica al respecto, que dicho entusiasmo por los procesos por parte de las organizaciones, fue el resultado de tener la posibilidad de reducir la fragmentación del trabajo por departamentos y mejorar la capacidad de coordinación y comunicación transversal (p.75).

Cada vez más, las organizaciones y entidades públicas se han orientado a mejorar sus procesos, para lo cual se han tenido que transformar, perfeccionando su trabajo, integrando sus departamentos y áreas, logrando en muchos casos, hacer más ágil su organización. Por ello, es indispensable que las instituciones públicas sanitarias, tengan un control constante sobre sus procesos, buscando que éstos puedan agregar valor a los usuarios de salud y deben verificar que los procesos alcancen una alta calidad en su desempeño.

Uno de los principios de la calidad se basa en el enfoque de procesos apoyado por el mejoramiento y el aprendizaje continuo, tal como lo menciona (Evans & Lindsay, 2008), quienes señalan:

Las mejoras en la calidad resultaron, por lo general, de avances tecnológicos en lugar de una actitud implacable de mejora continua. Con la calidad total, una organización busca en forma activa identificar las necesidades y expectativas de los clientes, incorporar la calidad en los procesos laborales utilizando de modo eficaz el conocimiento y la experiencia de su fuerza laboral

y mejorar continuamente todas las facetas de la organización (p.19).

1.2.2.7. La gestión de la calidad en el Perú

Mediante la Ley N°30224, durante el gobierno de Ollanta Humala, en julio del 2014, se crearon el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad, los cuales tienen por finalidad promover las políticas nacionales para la calidad, buscando el desarrollo y la competitividad de las actividades económicas y la protección del consumidor.

El Sistema Nacional para la Calidad en el Perú, se rige por los principios de armonización, no obstaculización comercial, trato nacional, nación más favorecida, participación, transparencia, seguridad, sostenibilidad y eficiencia, tanto de las actividades como de los servicios que brindan las entidades públicas.

La Política Nacional para la Calidad fue aprobada a través del Decreto Supremo N° 046-2014-PCM, como una herramienta de política pública fundamental para guiar la implementación, desarrollo y gestión de la infraestructura de la calidad en el Perú. El Consejo de Ministros de la Presidencia de la Republica en el Perú, aprueba la Política Nacional de la Calidad, propuesta por el Consejo Nacional para la Calidad (CONACAL).

El Instituto Nacional de la Calidad (INACAL) es el ente rector y máxima autoridad técnica normativa del Sistema Nacional de la Calidad, cuya función comprende en gestionar, promover y monitorear la implementación de la política nacional para la calidad en el Perú, mediante la normalización, metrología y acreditación, tomando en consideración los estándares y códigos internacionales. En ese sentido, los servicios de salud no aplican el principio de producción y comercialización de bienes, sin embargo, deben darle mayor énfasis a la mejora de la calidad de los servicios.

1.2.2.8. Fortalecer la gestión de la calidad en los servicios que se brinda a los asegurados de la Seguridad Social de Salud.

La gestión pública en las diferentes entidades e instituciones del Perú, aún muestran deficiencias que repercuten sobre el bienestar de los ciudadanos que reciben los servicios públicos. El bajo nivel de calidad de los servicios de los organismos públicos, afecta sobre la percepción que tiene el ciudadano y el grado de legitimidad que tienen los gobiernos, al implementar las políticas públicas.

Todavía en la actualidad muchos de los servicios que brindan los organismos públicos en el Perú, ya sea, ministerios, instituciones públicas, gobiernos regionales, gobiernos locales y entre otros, no se gestiona correctamente, no cuentan con procesos sólidos, muchos menos cumple la aplicación de servicios de calidad con altos estándares.

El bajo desempeño y la deficiencia en la gestión, en la mayoría de las entidades públicas, tiene su explicación con el poco desarrollo que han tenido las políticas y estrategias, que se orientan a la implementación de estándares de calidad en el servicio público. Una medida indispensable para mejorar los procesos de gestión en las entidades públicas, es la adopción de las prácticas de gestión de la calidad, así como impulsar, promover e implementar la certificación de estándares a los procesos de gestión de los servicios públicos. Las cifras que muestran la realidad, así lo evidencian, según las estimaciones de expertos en el tema, en la actualidad en el Perú menos del 1% de organismos públicos han logrado contar con un tipo de certificación internacional en sus procesos.

La Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) presentó en noviembre del 2015 los resultados de la "Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios ENSUSALUD 2015", a través del cual mide el grado de satisfacción de los usuarios en salud, tanto en establecimientos públicos como privados, incluyendo a Essalud. De acuerdo a la encuesta, el grado de satisfacción del usuario de los servicios de consulta externa se incrementó en

todo el sector salud, pues, en el estudio realizado en el 2014, obtuvo que el 70.1% se encontraba satisfecho, mientras que, en el 2015, el porcentaje subió a 73.7%. Sin embargo, los resultados de satisfacción disminuyen en el Seguro Social de Salud – Essalud, para sus hospitales: De 68.2% en el 2014 bajó a 64.9% en el 2015. Asimismo, en cuanto al tiempo de espera para obtener una cita médica en el 2015, los pacientes del Ministerio de Salud esperaron en promedio 19.4 días, mientras que en Essalud el promedio fue de 17.8 días.

Todo el panorama general descrito, conlleva a formularse algunas interrogantes como: ¿Los asegurados en Essalud estarán recibiendo un servicio de calidad con procesos bien estructurados? ¿Los directivos de Essalud contarán con herramientas que mida en forma efectiva su gestión? ¿Los directivos de Essalud conocerán los procesos deficitarios de su gestión? ¿Los directivos de Essalud despliegan adecuadamente sus recursos materiales y humanos para alcanzar logros en su gestión? ¿Los directivos de Essalud tendrán bien definido los conceptos de calidad de la gestión, que brinda a sus asegurados? ¿En qué medida los directivos de Essalud utilizan herramientas modernas y tecnológicas para medir la gestión de la calidad de sus procesos? Estas interrogantes generan el interés por realizar un estudio que analice cual es el nivel de gestión de calidad que viene siendo desarrollado en el Seguro Social de Salud del Perú.

Existe la necesidad de proponer y plantear un modelo de gestión de calidad, a través del mejoramiento continuo de los servicios más importantes y de los procesos estratégicos de Essalud, que permita medir los resultados y el impacto positivo, que podría generar el estandarizar y certificar sus principales procesos, relacionados con la atención a los asegurados de la Seguridad Social.

1.2.2.9. El modelo de la Fundación Europea de Gestión de la Calidad EFQM

La “European Foundation for Quality Management” (EFQM), surgió frente a la necesidad de mejorar la competitividad de las empresas europeas, que

buscaban contrarrestar el crecimiento de los mercados y de los productos japoneses y norteamericanos. Fue fundada en 1988 con la participación de 14 compañías europeas, la principal utilidad que tuvieron las empresas europeas fue contar con un diagnóstico de su gestión y servir de guía para la implantación de la calidad total en sus procesos.

Según (Pérez, Implantación del modelo europeo de excelencia EFQM en empresas públicas, 2014) señala que el modelo de calidad EFQM, es una buena herramienta de gestión, que permite aplicar los principios de la administración de la calidad total en los procesos de las empresas europeas, para que éstas puedan lograr la excelencia:

La EFQM ayuda a crear organizaciones que practiquen los principios de la administración de la calidad total en sus procesos de negocios y en sus relaciones con sus stakeholders. Su objetivo es que las organizaciones europeas alcancen la excelencia sostenida. Es una fundación que agrupa a organizaciones europeas y que sirve de foro de intercambio de mejores experiencias entre ellas, proporcionando un lenguaje común que permite a los miembros compartir sus conocimientos y experiencias, tanto dentro como fuera de su organización. La EFQM desempeña un importante papel y refuerza la posición de las empresas europeas en el mercado mundial (p.14).

En ese sentido, el modelo europeo EFQM es una metodología estructurada, que permite conocer las fortalezas y áreas que deben mejorar las empresas, en aspectos importantes relacionados con el liderazgo, la política y la estrategia de la empresa, la gestión del personal, el uso de los recursos, los procesos, la satisfacción del cliente, la satisfacción del personal, el impacto social y finalmente los buenos resultados económicos y financieros que debe de alcanzar las empresas u organizaciones.

De acuerdo a lo señalado por (Moyado, 2014):

Hay cinco aspectos a destacar dentro del modelo, uno es el que se refiere a las políticas y estrategias orientadas a la satisfacción del cliente, el objetivo fundamental para la gestión de la calidad total. El segundo aspecto es el que se refiere a los resultados del negocio y los procesos, que constituyen el eje sobre el que se sustenta el modelo. El tercero es el referente al liderazgo, en virtud de la importancia que adquiere el compromiso de la dirección. Un cuarto aspecto a destacar es la satisfacción del personal y el quinto se refiere al impacto social.

A continuación, se muestra el modelo EFQM:

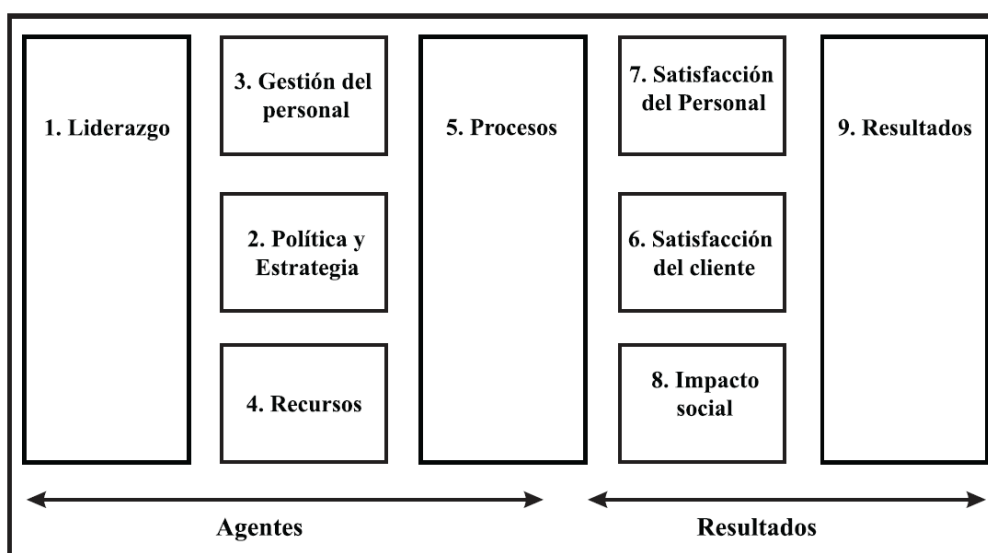


Figura 1. El Modelo de la Fundación Europea de la Gestión de la Calidad

Un gran aporte del modelo EFQM, es el enfoque a los resultados, dado que busca que los logros de las empresas satisfagan a todos sus grupos de interés, orientándose a poner mayor énfasis en el control de las salidas, destinando sus recursos y presupuesto basado en resultados, para lo cual deberá integrar la evaluación del desempeño de toda la empresa.

(Moyado, 2014) considera que la gestión de calidad debe orientarse a los ciudadanos en función a los resultados, por ello señala: “Busca enfocar la gestión en función del nivel de satisfacción de los clientes internos y externos,

para ello se impulsan mediciones y se diseñan indicadores que miden los resultados entre los clientes-ciudadanos”.

Tal como lo menciona (Pérez V., 2014) el modelo EFQM es una herramienta que brinda muchas ventajas, porque permite a la empresa a autoevaluarse, estar alerta a los rápidos cambios del mundo empresarial, por ello, el citado autor menciona que el modelo EFQM: “Proporciona un planteamiento muy estructurado y basado en datos que les permite identificar y evaluar sus puntos fuertes y sus áreas de mejora, así como medir su progreso periódicamente” (p.27).

1.3. Marco espacial

En esta parte del estudio se tuvo que definir el ámbito de la investigación precisando el grupo social, la organización y la zona geográfica, con la finalidad de establecer el ámbito del diseño de la investigación; en ese sentido, Morse (2010) y Rojas (2001), citados por (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2014, p. 39) señalan que:

Es necesario establecer los límites temporales y espaciales del estudio (época y lugar) y esbozar un perfil de las unidades o casos que se van a analizar (personas, procesos, viviendas, escuelas, animales, fenómenos, eventos, etc.), perfil que, aunque es tentativo, resulta muy útil para definir el tipo de investigación que habrá de llevarse a cabo.

La presente investigación se llevó a cabo en la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización del Seguro Social de Salud - Essalud, ubicada en la Av. Arenales No 1402 - Oficina 408 y 409, del Distrito de Jesús María del Departamento de Lima. Dicha oficina es el órgano de asesoramiento de la Alta Dirección de Essalud, encargado de promover la implementación de prácticas de gestión de calidad en toda la Institución. La Oficina de Calidad y Humanización tiene a su cargo la Gerencia de Seguridad al Paciente y Humanización de la Atención, la misma que es responsable de construir la

cultura de la calidad, trato humanizado y de seguridad, que permita minimizar los riesgos y daños relacionados con la atención de los pacientes y la Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad, responsable del diseño, planificación y seguimiento de la implementación de acciones del sistema de garantía y mejora de la calidad.

1.4. Marco temporal

El presente estudio tuvo que realizarse en un periodo de tiempo o marco temporal. De acuerdo a (Carrasco-Díaz, 2006):

La delimitación temporal está referida al periodo de tiempo que se toma en cuenta, con relación a hechos, fenómenos y sujetos de la realidad, y deben ser de uno, dos o más años. (p. 87)

El desarrollo de la presente investigación, fue llevado a cabo entre los años 2016 y 2017.

1.5. Contextualización

La investigación debe estar ubicada en un contexto determinado, en ese sentido “la investigación debería reconocer y documentar los contextos culturales, sociales e institucionales en lo que se desarrolla” (Gorgorió & Bishop, 2000, pág. 204).

La investigación busca abarcar y satisfacer los temas concernientes al desempeño, que realizan los gestores en la aplicación de la gestión de la calidad en el sector público y los fundamentos científicos que soportan la metodología de la Fundación Europea de la Calidad. El presente estudio se delimita a la actuación de los ejecutivos de las Oficinas de Calidad del Seguro Social de Salud del Perú, de la sede central y de los establecimientos de salud ubicados en el Departamento de Lima. Se ha tomado este ámbito espacial y temporal, debido a que el investigador identifica diversos problemas de gestión en los servicios que se brinda a los asegurados de

Essalud. En ese sentido, las posibles soluciones que se deriven de aplicación de los modelos de excelencia de gestión de la calidad en nuestra realidad, pueden ayudar a priorizar las acciones de mejora para resolver dichos problemas de gestión. Los modelos de la excelencia, como el que plantea el modelo europeo, se basan en resultados de indicadores, los cuales tienen implicancias sobre la marcha de la organización. Dichos efectos se orientan a encontrar resultados satisfactorios sobre los asegurados, el personal, la sociedad y respecto a los indicadores clave de desempeño de la Institución.

A continuación en la figura 2, se muestra el contexto de la presente investigación, dicho medio responde a los problemas identificados por el ámbito del investigador:

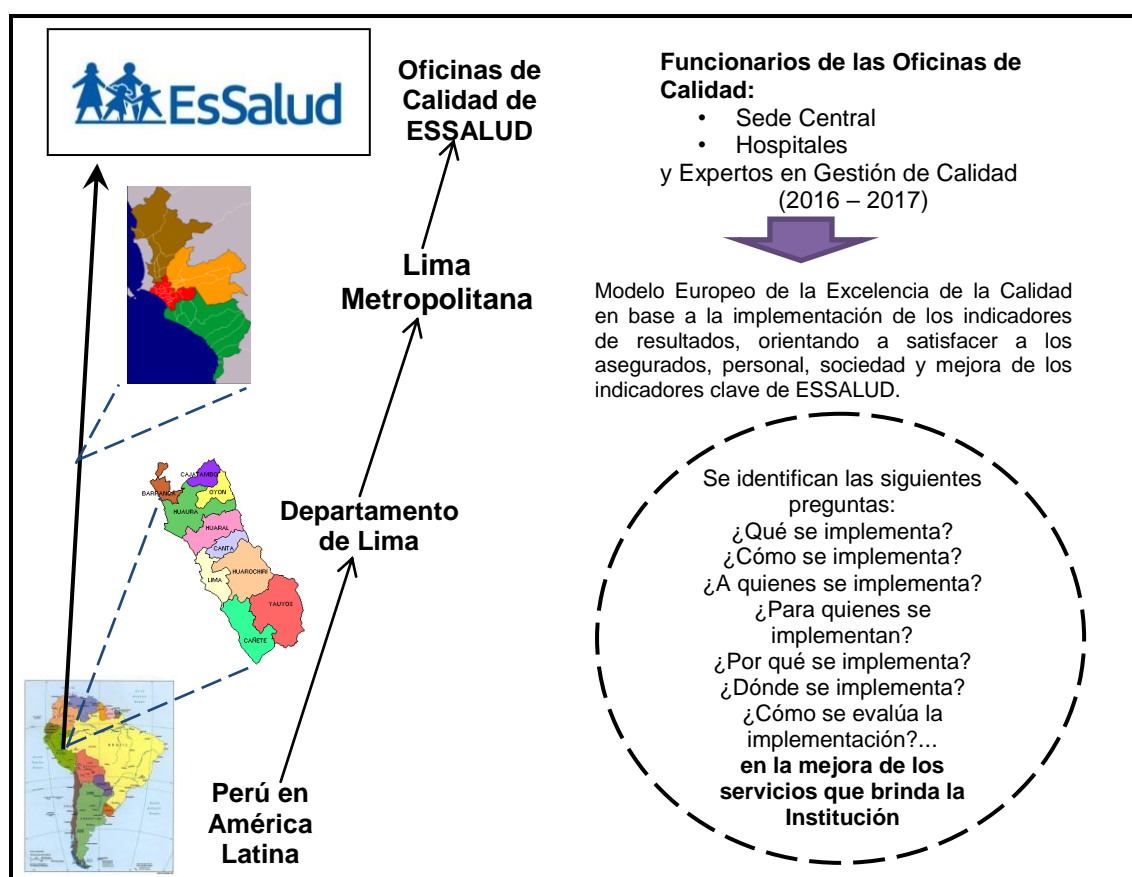


Figura 2. Contexto espacial y temporal de la investigación

1.6. Supuestos teóricos

Los supuestos teóricos son planteamientos conceptuales, que intentan explicar y sustentar sobre las causas de los problemas de investigación. Los supuestos teóricos son aplicados en los estudios cualitativos de las ciencias sociales, las cuales permitan sustentar el desarrollo de una determinada investigación. Por ello, “en ciencias sociales conviven diversos paradigmas, que compiten en su modo de comprender sus disciplinas y problemas. Estos paradigmas tienen diferentes supuestos ontológicos, epistemológicos, axiológicos y metodológicos, que dan cuenta del andamiaje que sustentará el desarrollo de la investigación” (Sautu, Boniolo, Dalle, & Elbert, 2005, págs. 39-40). Los supuestos de la presente investigación son los siguientes:

1.6.1. Resultados con los pacientes asegurados

Las causas que existan malos resultados con insatisfacción en los pacientes asegurados de Essalud, sería provocado por las dificultades y barreras que tienen para recibir servicios de buen nivel de calidad, debiendo de aplicarse el modelo de calidad EFQM, para mejorar la eficiencia y eficacia de la Oficina de Gestión de la Calidad de Essalud.

1.6.2. Resultados con el personal asistencial

Las causas que existan malos resultados con insatisfacción del personal asistencial de Essalud, se debería a insuficientes mejoras en su calidad de vida, bienestar laboral, pocos incentivos e insuficiente motivación dentro de la gestión del desarrollo del personal, que oriente a modernizar la gestión de la calidad de atención y su compromiso en favor del asegurado de Essalud.

1.6.3. Resultados en la Sociedad

Las causas que existan limitados logros en la gestión de Essalud, con poco impacto en la sociedad, se debería a insuficientes acciones de intervención

social a la comunidad, que contribuyan con la mejora de la calidad de vida de la población asegurada y de la población peruana en general.

1.6.4. Resultados en los indicadores clave

Las causas que existan malos resultados con los indicadores clave de Essalud, se debería a deficiencias en la gestión de los procesos asistenciales claves y estratégicos, las cuales no han sufrido mejoras en muchos años, requiriendo que dichos procesos se integren para mejorar el rendimiento la organización en términos económicos y financieros.

1.7. Justificación

Según lo señalado por (Carrasco-Díaz, 2006):

Todo trabajo o proyecto de investigación, necesariamente requiere ser justificado, es decir, debe explicarse porque se realiza. Responder a la pregunta porque se investiga, constituye en esencia la justificación del estudio investigativo. Al responder esta pregunta encontramos que existen muchas y fundamentadas razones, que argumentan y sustentan la realización del trabajo de investigación. (pp. 117-118).

La justificación tiene como propósito el hacer una explicación, del valor y la trascendencia que tienen los resultados del estudio de investigación, para la comunidad científica, en general para todos los ciudadanos o en particular para un grupo de ellos.

La justificación de la investigación debe realizarse para identificar los beneficios que se desprenden de ella y exponer porque es conveniente realizar el estudio, por lo tanto “además de los objetivos y preguntas de investigación es necesario justificar el estudio, exponiendo sus razones. La mayoría de las investigaciones se realizan con un propósito definido [...] Debe

ser lo suficiente fuerte para que se justifique su realización” (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2014, p. 40).

La economía mundial viene atravesando cambios como consecuencia de los efectos de la globalización, existen retos que tienen los países y sus estados para orientarse a ser más competitivos. En particular los países de América Latina, buscan mayores oportunidades para integrarse con los mercados mundiales, aprovechando la incorporación de modelos de gestión que mejore los aspectos de la gestión de la calidad y cómo afecta sobre la marcha de los servicios que desarrolla la Seguridad Social de Salud.

Es importante conocer e identificar como viene desarrollándose las reformas de la gestión pública en el mundo, relacionados con los proyectos de mejora sobre los servicios de salud y en particular los relacionados con la seguridad social. Toda vez que la gestión de la calidad es un modelo que plantea soluciones a los diversos problemas, que afrontamos en el servicio que se brinda a los ciudadanos y concretamente con los asegurados del Seguro Social de Salud - Essalud. En ese sentido, es relevante conocer en qué medida los gerentes y directores del Seguro Social, conocen del modelo y de las herramientas de la gestión de la calidad, así como también averiguar si dichos gestores tienen las competencias necesarias para su implementación en Essalud, y que puedan determinar los procesos de mejora de los servicios que brinda la Institución y sus establecimientos de salud.

En resumen, la Seguridad Social de Salud en el Perú viene afrontando diferentes problemas. La gestión de la calidad es una alternativa viable para resolver muchos de sus problemas. En ese sentido, reconociendo los aportes que tiene el modelo para la gestión de la calidad de la fundación europea (EFQM), se puede evaluar los resultados de gestión de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización del Seguro Social de Salud, con el propósito de identificar que es necesario mejorar a nivel de sus agentes facilitadores, a fin de mejorar la calidad, obtener mejores resultados y orientar a Essalud para que sea una institución más competitiva, alcance el bienestar y desarrollo humano de sus asegurados.

1.7.1. Justificación teórica

Considerando que el objetivo general es realizar una evaluación de los resultados de gestión bajo el modelo EFQM, que ha desarrollado la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de Essalud, la presente investigación examina el modelo de gestión de la calidad según la fundación europea (EFQM), para evaluar en qué medida los gerentes de la Seguridad Social, han aplicado dicho modelo, a partir de los conceptos y criterios relacionados con la gestión y con los resultados de ésta. En nuestro caso, haremos énfasis en los resultados relacionados con los indicadores de rendimiento que se obtienen en la gestión de calidad en la Seguridad Social de Salud del Perú, específicamente en la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización, ubicada en el distrito de Jesús María del Departamento de Lima.

1.7.2. Justificación metodológica

La presente investigación se dirigirá a identificar el grado de conocimiento y experticia de los funcionarios de la Oficinas de Gestión de la Calidad de Essalud, sobre los temas de la gestión de la calidad de los servicios relacionados con el sector de la Seguridad Social. Para ello, se ha contemplado desarrollar instrumentos de recolección de datos especializados, que estén validados bajo “criterio de jueces”, considerando el carácter cualitativo de la investigación.

De igual manera, se ha previsto realizar un trabajo de gabinete, que considere ordenar, tabular y sistematizar los datos, para luego analizar la información relevante de los expertos en el tema del modelo de la gestión de la calidad de la fundación europea (EFQM), de la gestión de la salud y sus temas vinculados a la gestión de la calidad en el sector salud y las propuestas que realizan organismos internacionales como la Organización Internacional de Trabajo (OIT), Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las entrevistas a desarrollar serán cara a cara, dirigidas a los gerentes y jefes de las Oficinas de Gestión de la Calidad

de Essalud, la entrevista será a profundidad orientada a la comprensión de la perspectiva que tienen los funcionarios entrevistados, respecto de su conocimiento o experiencia que tiene del tema de investigación, bajo sus propias palabras. Finalmente se espera que la metodología de recolección y gestión de datos, tenga el aporte de otros expertos, que apoyen en la ejecución de la presente investigación.

1.7.3. Justificación práctica

Se parte de la situación actual que presentan los servicios que brinda la Seguridad Social para realizar una evaluación de cómo se ha desarrollado la gestión de la calidad, en el caso que corresponda se propondrán soluciones y/o alternativas, tomando como base el modelo de gestión de la calidad EFQM. En la actualidad es una preocupación latente en la sociedad y en la gestión pública, que orienta a buscar mejorar la calidad de los servicios que brinda a los ciudadanos.

1.7.4. Justificación epistemológica

El modelo para la gestión de la calidad de la fundación europea (EFQM) es un enfoque moderno aplicado en la gestión pública, dentro de la ciencia de la administración, lo que se pretende aportar en este ámbito científico es la contribución a la aplicación de técnicas de gestión de calidad que, a partir de los resultados obtenidos por una organización, proporciona una base para planificar su desarrollo y su mejora. Dicho modelo contribuye a justificar una rama de la gestión pública, que tiene muy pocos años en el ámbito público de América Latina y en particular en nuestro país, dicho modelo bien podría ayudar a mejorar el performance organizacional y de gestión que tiene actualmente la Seguridad Social.

Otro aspecto a subrayar en esta sección es que, en el caso de la Seguridad Social de Salud del Perú, la gestión de la calidad no ha sido

abordada desde el enfoque del modelo EFQM, para el ámbito de la gestión pública.

En ese sentido, desde el presente estudio se pretende aportar bajo una mirada de los resultados de gestión de la calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización de Essalud, en un ámbito que no ha sido profundizado académicamente desde dicha especialidad.

Por lo expuesto se considera que el presente plan de tesis doctoral que se realizará significará un aporte al campo epistemológico de la administración y en particular para la gestión pública.

1.7.5. Justificación legal

En el ámbito de la gestión de la salud, la calidad tiene fundamentos y razones legales, a través de un conjunto de principios que lo respaldan. Las normas legales en el Perú son conducidas y establecidas por la Dirección General de la Salud de las Personas del Ministerio de Salud, quien ejerce una función rectora del Sistema Nacional de Gestión de la Calidad relacionada con la salud para todo su sector.

La Política Nacional de Calidad en Salud, aprobada por la RM N° 727-2009/MINSA, tiene la finalidad de “contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional”, la misma que es implementada en todo el sector salud mediante normas, la cual involucra a los establecimientos de salud de la Seguridad Social de Salud - Essalud.

1.8. Relevancia

La gestión de la calidad bajo el enfoque del modelo EFQM, es una metodología que viene siendo aplicado con resultados satisfactorios en diferentes partes del mundo. Cada vez, son más la cantidad de empresas, organizaciones e instituciones, sean privadas o públicas, que orientan sus esfuerzos para implementar el modelo europeo de la calidad. Dicho modelo contiene un conjunto de principios teóricos que lo respaldan y que es necesario ser conocidos y reconocidos por las entidades públicas peruanas, que le faciliten el logro de resultados, mediante la aplicación correcta de indicadores de gestión.

A partir de los resultados del presente estudio, la investigación tiene como propósito formular las recomendaciones adecuadas para la mejora de la gestión de calidad, que permita facilitar su aplicación en las unidades orgánicas de Essalud. A través de la mejora de los resultados de los indicadores de rendimiento, relacionados con la satisfacción de los asegurados, del personal asistencial, del impacto social en la sociedad peruana y de la gestión de los indicadores de resultados clave, se establecen las pautas que permitan mejorar la actual gestión de la calidad de las Oficinas de Gestión de la Calidad de Essalud.

De esta manera, la presente investigación es relevante en la medida que permite hacer una revisión, análisis, comparación y evaluación del modelo de gestión de la calidad que viene siendo aplicado en Essalud y confrontarlo con el modelo EFQM de la gestión de la calidad, para identificar las falencias, limitaciones, barreras y otras causas que no son abordados de manera prioritaria, conocer más profundamente las necesidades de los asegurados, del personal asistencial, del impacto social y de los indicadores clave, de tal manera la investigación establezca los fundamentos necesarios para plantear cambios en la forma de gestionar la calidad en Essalud.

1.9. Contribución

La mejora de la gestión de los servicios de salud que necesitan los asegurados de Essalud, pasa por la implementación de un modelo de gestión de la calidad, que permita estandarizar sus principales procesos críticos y administrativos, que contribuya principalmente a reducir los tiempos de demora de la atención de sus pacientes asegurados y oriente a satisfacer sus expectativas.

El bajo desempeño y deficiencia en la gestión de salud, que viene atravesando los servicios prestacionales que ofrece Essalud, tiene su explicación en el poco desarrollo que han tenido las estrategias que se orientan a la implementación de estándares de calidad. Una medida indispensable por trabajar y aplicarse en los establecimientos de Essalud, es la adopción de las prácticas de gestión de la calidad, a través de la promoción e implementación de certificación de estándares, tanto de la gestión de la calidad de los servicios de salud, como de los procesos, procedimientos y protocolos relacionados a ella.

La presente investigación, hace una exploración de lo que se ha avanzado en materia de gestión de calidad, evalúa la situación de sus resultados de los indicadores de gestión, identifica y analiza los obstáculos que existen, muchos de los cuales permanecen en el tiempo, sin tener una solución óptima y que se convierten en factores que impiden obtener resultados satisfactorios, en los servicios que se brinda a los asegurados (clientes internos) y en la motivación que debe tener el personal de salud, de los diferentes grupos asistenciales (clientes externos), para el logro de los objetivos de la Institución.

En ese sentido, la investigación pretende plantear y contribuir con un enfoque moderno para evaluar la gestión de la calidad, tomando como referencia los indicadores de resultados de la gestión de la calidad, bajo los principios del modelo europeo EFQM, que pueda servir como herramienta de gestión para su aplicación por parte de los gerentes y directores del Seguro

Social, especialmente los funcionarios que están relacionados directamente con la gestión de la calidad, facilitando la mejora de la calidad del servicio de los usuarios internos y externos de Essalud, con la disminución de quejas y reclamaciones, optimizando el tiempo de respuesta de los servicios de salud, incrementando los niveles de transparencia de información de los pacientes, aumentando la satisfacción de los trabajadores asistenciales y administrativos, incrementando el nivel de su participación, mejorando las condiciones de trabajo y su nivel de capacitación para beneficio institucional.

1.10. Formulación del problema de investigación

A nivel mundial los países se encuentran inmersos en las últimas décadas en un proceso de transformar y mejorar la organización del sector público. Los ciudadanos se han vuelto más demandantes, buscando recibir mejores servicios, mientras que los gobiernos se orientan a ser más eficientes y competitivos a través de la implantación de la gestión de la calidad y la mejora de los procesos en las organizaciones públicas.

En el Perú, el Seguro Social de Salud – Essalud, en una Institución pública a nivel Nacional, que brinda diversos servicios a los ciudadanos o asegurados, entre las que destaca las consultas médicas, entrega de medicinas, exámenes de laboratorio, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, medicina complementaria, tratamientos de rehabilitación, diagnósticos por imágenes, atenciones de parto, vacunaciones, visitas a domicilio, subsidios económicos, prestaciones sociales, entre otros servicios.

Un aspecto importante para identificar la problemática existente en Essalud, es evaluar la percepción que tienen los ciudadanos sobre los servicios que esta brinda. Los últimos estudios realizados en el año 2015, en la Encuesta Nacional realizada por la (Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo de Essalud, 2015, pág. 75) muestran que el 49% de los asegurados tiene desconfianza de los servicios que brinda Essalud. Las principales razones de la desconfianza, fueron atribuidas a las esperas, maltratos, corrupción y negligencia que recibieron sus asegurados. El 82% de

los asegurados atribuyó a los tiempos de espera, el 46% por los maltratos, el 27% debido a las negligencias y un 14% debido a la existencia de corrupción.

En el año 2016, según el informe del Anuario Estadístico elaborado por la (Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto de Essalud, 2017, págs. 9-39) Essalud tuvo una cobertura de 10 millones 937 mil afiliados, con un presupuesto operativo ejecutado en ese año de 9 mil 736 millones de soles, monto que destinó para brindar prestaciones de salud, económicas y sociales en 380 establecimientos de salud, de los cuales 90 de ellos fueron hospitales que cubrieron atenciones médicas más especializadas. A nivel nacional en Essalud se tuvo en dicho año 8,434 camas, 2,902 consultorios físicos y 253 salas quirúrgicas. Los servicios se orientaron en atender a una población conformada en su mayoría por el 53% de personas mayores de 30 años.

Dentro de los procesos asistenciales que desarrolló la Institución, se evidenció la existencia de brechas o déficits de recursos para la atención de los asegurados, déficits en los diferentes recursos que contaba, ya sea en camas, consultorios y salas de cirugías. En general, se observó que el crecimiento de la oferta de infraestructura asistencial, no estaba equiparada en la misma proporción con el crecimiento de la población asegurada. Según sostuvo el Sindicato Nacional Médico del Seguro Social del Perú (Sinamssop, 2015) existía una brecha de 3,000 camas faltantes, para atender adecuadamente a los pacientes de Essalud, alertando que la población venía creciendo a razón de 800,000 asegurados cada año y observando que la oferta de la infraestructura, era cada vez más insuficiente para sostener la demanda creciente de pacientes.

Además del limitado crecimiento de la oferta de infraestructura asistencial, otro factor que impacta sobre la calidad de la atención de los asegurados es la baja proporción del número de médicos por asegurado para brindar la atención. En el año 2016, de acuerdo al Anuario Estadístico de Essalud, se realizó en toda la Institución un total de 20 millones 603 mil consultas médicas, para un total de 5 millones 552 mil asegurados que recibieron dicha atención, teniendo hasta diciembre de ese año la cantidad de

8,475 médicos, solo para la atención de las consultas externas se tuvo un médico por cada 637 pacientes asegurados atendidos. En general para todos los servicios de salud, se tuvo un total de 11,749 médicos, teniendo el ratio de 10.7 médicos para cada 10,000 pacientes asegurados. (Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto de Essalud, 2016, págs. 11-12). Asimismo, de acuerdo a lo señalado por (Palomino C., 2015) ex - Decano del Colegio Médico del Perú, existía una brecha de 8,000 médicos especialistas en Essalud, advirtiendo que la situación era crítica y que se requería tomar acciones inmediatas para disminuir la brecha.

La insuficiente oferta asistencial de recursos en Essalud, viene repercutiendo sobre los servicios de otorgación de citas, la atención asistencial, el abastecimiento de medicinas, la mejora del trato de los pacientes asegurados, en la demora del tiempo de la atención, entre otros aspectos que afecta sobre la calidad de la atención. Asimismo, la complejidad del servicio de Essalud trasciende más allá de las prestaciones de salud, también incluye las prestaciones económicas, que buscan facilitar subsidios a sus asegurados por maternidad, lactancia, sepelio y por incapacidad temporal, con la finalidad de servir de apoyo y aliviar la carga en dichos temas. Otros servicios que brinda el Seguro Social del Perú, son las prestaciones sociales relacionadas con la rehabilitación e inserción social de sus asegurados con discapacidad, el servicio gerontológico a los adultos mayores orientados a compensar alguna deficiencia o discapacidad que afecte su desempeño laboral, así como a mejorar el proceso de envejecimiento con el desarrollo de programas o talleres recreativos, productivos, entre otros.

Las evidencias señalan que existe un déficit de recursos físicos, de personal y financieros, sin embargo, un aspecto clave en la mejora de la gestión de la salud e institucional del Seguro Social, tiene que ver con una mayor eficiencia de sus procesos asistenciales y administrativos, que redunde sobre la calidad del servicio. Existe la necesidad que la Seguridad Social de Salud sea competitiva y que sea eficiente en los procesos relacionados con los servicios que brinda a sus asegurados, motivo por el cual debemos

preguntarnos si la gestión de la calidad es un factor clave que puede generar impacto en la dinámica de su organización, que apoye a mejorar la confianza y reconocimiento social de sus asegurados y de la sociedad en general, que permita fortalecer la legitimidad de su gestión. En ese sentido, era pertinente plantearnos al inicio del estudio algunas interrogantes:

¿Qué medidas se viene implementando en Essalud para mejorar la gestión de la calidad de los servicios que brindan las gerencias y sus establecimientos de salud en el Departamento de Lima?

¿Cuáles son los resultados alcanzados por la Oficina de Gestión de la Calidad de Essalud y si éstos son favorables para mejorar la gestión de la calidad?

¿Qué dificultades tienen los funcionarios de Essalud para aplicar la gestión de la calidad en los diferentes niveles de la Institución y que tanto conocen los criterios bajo el modelo EFQM, para mejorar los resultados de la gestión de calidad?

El propósito de este estudio cualitativo de tipo evaluativo, fue comprender y evaluar en qué medida se encontraban los resultados de gestión de calidad y la mejora continua de sus procesos asistenciales y administrativos, bajo el modelo EFQM, por parte de las Oficinas de Gestión de la calidad en los Establecimientos ubicados en el Departamento de Lima de Essalud. Se realizó la entrevista a directivos que tienen la responsabilidad de conducir los planes de gestión de calidad y de emitir la normatividad en todo el ámbito Institucional de Essalud, así como a los funcionarios que tienen el cargo de dirigir las Oficinas de Calidad de los Hospitales más representativos del Departamento de Lima y finalmente se entrevistó a expertos del tema de gestión de la calidad. La investigación se llevó a cabo en el área metropolitana de Lima. Se utilizaron entrevistas a profundidad para la recolección de datos. La investigación tuvo como propósito formular las recomendaciones adecuadas para la mejora de la gestión de calidad, que permita facilitar su aplicación en sus unidades orgánicas.

1.10.1. Problema General

¿Qué resultados de gestión bajo el modelo EFQM, se generan luego de su evaluación, para mejorar la gestión de la calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad de Essalud?

1.10.2. Problemas Específicos

1. ¿Cuáles son los resultados de la evaluación de la satisfacción de los asegurados, bajo el modelo de excelencia de la gestión de calidad EFQM, que le permita mejorar la eficiencia y eficacia de la Oficina de Gestión de la Calidad de Essalud?
2. ¿Cuáles son los resultados de la evaluación de la satisfacción del personal asistencial, bajo el modelo de excelencia de la gestión de calidad EFQM, que le permita incrementar su calidad de vida y bienestar relacionado con sus actividades asistenciales, a fin de mejorar la calidad de atención y su compromiso en favor del asegurado de Essalud?
3. ¿Cuáles son los resultados de la evaluación del impacto social en la sociedad peruana que desarrollan los gerentes en Essalud, bajo el modelo de excelencia de la gestión de calidad EFQM, que incremente el nivel de responsabilidad social para el bienestar de los ciudadanos en el Perú?
4. ¿Cuáles son los resultados de la evaluación de los indicadores de resultados clave, bajo el modelo de excelencia de la gestión de calidad EFQM, que mejore el rendimiento en términos económicos, financieros y operativos de la gestión en Essalud?

1.11. Objetivos

1.11.1. General

Evaluar los resultados de gestión bajo el modelo EFQM, que mejoren la gestión de la calidad en la Oficina de Gestión de la Calidad de Essalud.

1.11.2. Específicos

1. Analizar los indicadores de satisfacción de los asegurados según el modelo EFQM, que permitan mejorar la eficiencia y eficacia de la Oficina de Gestión de la Calidad de Essalud.
2. Analizar los indicadores de satisfacción del personal asistencial según el modelo EFQM, que incremente su calidad de vida y bienestar relacionados con el desarrollo de sus actividades asistenciales a fin de mejorar la calidad de atención y su compromiso, en favor del asegurado de Essalud.
3. Analizar las acciones de impacto social en la sociedad peruana, que requieren desarrollar los gerentes de Essalud según el modelo EFQM, con la finalidad de incrementar el nivel de responsabilidad social para el bienestar de los ciudadanos en el Perú.
4. Analizar los indicadores de gestión de resultados clave según el modelo EFQM, que mejore el rendimiento en términos económicos, financieros y operativos de la gestión en Essalud.

II. Marco metodológico

2.1. Metodología

La metodología de la investigación del presente estudio está orientada a la comprensión de las causas que inciden sobre los resultados de gestión de la mejora de la calidad, que viene impulsando la Oficina de Gestión de la Calidad de Essalud, por ello se ha considerado la metodología de investigación evaluativa de carácter cualitativo, la cual es utilizada en ciencias sociales, orientada a la toma de decisiones y al cambio para la generación de conocimiento.

La investigación evaluativa, podría definirse como el acopio o recopilación de información, de una determinada intervención o programa, con el propósito de analizar el funcionamiento y entender cuáles son sus efectos y consecuencias de las intervenciones sociales.

Por ello, según (Correa, Puerta, & Restrepo, Investigación Evaluativa, 2002) consideran que:

El método concreto de la evaluación es la investigación evaluativa, donde las herramientas de la investigación social se ponen al servicio del ideal consistente en hacer más preciso y objetivo el proceso de juzgar. En su forma de investigación, la evaluación establece criterios claros y específicos que garanticen el éxito del proceso, reúne sistemáticamente información, pruebas y testimonios de una muestra representativa de las audiencias que conforman el programa u objeto para evaluar, traduce dicha información a expresiones valorativas y las compara con los criterios inicialmente establecidos y finalmente saca conclusiones (p.31).

Podríamos señalar, que, para los citados autores, la evaluación, facilita y proporciona información necesaria, para resolver los problemas de investigación. Mediante la formulación de juicios sistémicos, la información se convierte en valor y es de mucha utilidad para las conclusiones del estudio.

Por otro lado (Suchman, 1967) menciona respecto a la investigación evaluativa:

Es un tipo especial de investigación aplicada cuya meta, a diferencia de la investigación básica, no es el descubrimiento del conocimiento. Poniendo principalmente el énfasis en la utilidad, la investigación evaluativa debe proporcionar información para la planificación del programa, su realización y su desarrollo. La investigación evaluativa asume también las particulares características de la investigación aplicada, que permite que las predicciones se conviertan en un resultado de la investigación. Las recomendaciones que se hacen en los informes evaluativos son, por otra parte, ejemplos de predicción (p.119).

La predicción científica es un método que tiene fundamentos, los cuales se van adquiriendo gracias a la investigación. El resultado de la investigación evaluativa, es consecuencia de la evaluación que se realiza a las intervenciones o programas sociales, los cuales pueden tener credibilidad, aciertos y errores. A partir de la evaluación de éstos programas, se generan nuevos conocimientos, los cuales se traducen en recomendaciones o predicciones.

(Ruthman, 1977) señala que: “la investigación evaluativa es, ante todo, el proceso de aplicar procedimientos científicos para acumular evidencia válida y fiable sobre la manera y grado en que un conjunto de actividades específicas produce resultados o efectos concretos” (p.16). De aquí, podemos señalar que la investigación evaluativa emplea métodos e instrumentos de investigación social, que permiten establecer criterios científicos, a partir de la interpretación de los procesos, intervenciones o programas sociales.

Para (Vara, 2007) existen diversas tendencias que plantean el concepto de la evaluación:

Una primera tendencia define a la evaluación de manera instrumental, como un proceso sistemático que recoge información, la procesa y determina los resultados de una intervención con el objeto de tomar decisiones en el ámbito político o gubernamental, generalmente con un alcance determinado por los límites que impone la intervención evaluada. Una segunda tendencia plantea a la evaluación como algo inherente al proceso de construcción social, que sirve para conocer la realidad, percibir los problemas sociales, construir colectivamente propuestas y mejorar la sociedad. Esta última tendencia le da a la evaluación un alcance social más amplio y deliberativo que traspasa la simple intervención e incursiona en el cuestionamiento de la sociedad, el Estado y la ideología política que lo respalda.

Las tendencias de la investigación evaluativa, contribuyen a conseguir resultados que sean favorables, tengan utilidad, conlleven a un beneficio y mejora de la vida social de las comunidades, instituciones y en general de los ciudadanos.

En la actualidad, la evaluación se ha transformado en una actividad preponderante para las entidades públicas, las cuales realizan todo tipo de proyectos o programas. La evaluación cualitativa analiza y busca interpretar de manera rigurosa y crítica tanto la efectividad, como los resultados que alcanzan los proyectos o programas, con el propósito de tomar una decisión, respecto a mantener o modificar dichos proyectos o programas.

En ese sentido, Weiss (1982) citado por (Cohen & Franco, 1992) menciona que “El objeto de la investigación evaluativa es comparar los efectos de un programa con las metas que se propuso alcanzar a fin de contribuir a la toma de decisiones subsiguientes acerca del mismo y para mejorar así la programación futura” (p.76).

Para (Cohen & Franco, 1992) “la evaluación ex post incluye tanto la evaluación de procesos o evaluación continua como la de impactos, entendiéndose la primera como aquella que evalúa el conjunto de actividades que se realizan para tratar de alcanzar el objetivo deseado” (p.74).

Según (Latorre et al., 1996, pág. 205) el proceso de investigación cualitativa incluye las siguientes fases:

Fase exploratoria / de reflexión:

Esta fase del proceso consiste en una toma de contacto con los temas de interés del estudio. Supone tomar decisiones sobre aspectos concernientes a la investigación [...] Las primeras cuestiones que el equipo de investigación debe resolver son las incertidumbres, los dilemas o paradojas que el inicio de una investigación plantea. Las primeras decisiones giran en torno a aspectos tales como: el problema de investigación que guiará el estudio, el escenario donde tendrá lugar, quienes participarán en el estudio, o aspectos prácticos como la duración del estudio o el presupuesto del proyecto.

Una vez resueltas las primeras cuestiones, surgen otras como: qué tipo de estrategia de investigación se adecua mejor al propósito del estudio o qué técnicas de recogida de datos son las pertinentes. Es el momento de realizar los primeros borradores y tentativas del diseño. Esta fase exige un esfuerzo intenso y conlleva momentos de desánimo y desasosiego.

En esta fase el investigador inicia el contacto con los temas de interés del estudio, estrategias y toma de decisiones sobre los aspectos de la investigación, proponiendo un diseño preliminar que será ajustada según se vaya avanzando en cada etapa de la investigación.

Para (Latorre et al., 1996) ésta fase requiere desarrollar las siguientes etapas:

Identificación del problema, es una etapa que exige comprender los problemas del estudio, se debe identificar el tema o línea de la investigación.

Definición de las cuestiones de investigación, en esta etapa se busca identificar a través de preguntas que exploren el problema, así como la descripción y explicación del mismo.

Revisión documental, esta etapa tiene el propósito de revisar bibliografía relevante ayuda que ayude a planificar la investigación y a conocer algunos supuestos del tema, que permita redefinir el problema de investigación.

Definición de la perspectiva teórica, es una etapa en la que se completa los conceptos teóricos que sustenten la investigación.

Fase de planificación:

En esta fase de planificación (Latorre et al., 1996, pág. 205) considera que el investigador debe decidir la selección del lugar y la estrategia de investigación:

Selección del lugar de investigación: escenario. Respecto al lugar de investigación (Latorre et al., 1996) señala:

La selección del escenario pertinente es una decisión crucial que condiciona todo el desarrollo de la investigación. ¿Cualquier escenario sirve? ¿Existe un escenario ideal? Para tomar decisiones de esta naturaleza no existen reglas, lo que no quiere decir que cualquier decisión sea válida. La revisión documental, el contacto con potenciales participantes, la consulta a

investigadores expertos y los propios juicios del equipo de trabajo, contribuirán a que se tomen decisiones sopesadas y razonables (p.208).

Selección de la estrategia de investigación. En esta etapa (Latorre, Del Rincón, & Arnal, 1996) hace mención sobre la estrategia que debe considerarse en la investigación:

La estrategia de investigación viene determinada por la naturaleza del problema, las cuestiones planteadas, el propósito del estudio, las destrezas del investigador y los recursos disponibles. Las estrategias de investigación son herramientas de trabajo, y es responsabilidad del investigador conocer su variedad y singularidad para el estudio de los fenómenos sociales. Cada estrategia ofrece una perspectiva singular y única que ilumina ciertos aspectos de la realidad más que otros y genera un tipo de resultados más en consonancia con los propósitos de la investigación (p.209).

Fase de entrada en el escenario:

El acceso al escenario es un proceso que le permite al investigador acceder con las personas a investigar y obtener los documentos que le servirán de orientación en la investigación. Ingresar al escenario involucra definir un muestro intencional para la selección de los participantes. De acuerdo a Glaser y Strauss citado por (Latorre et al., 1996): señala que el muestreo intencional "Permite al investigador construir amplias percepciones teóricas en un proceso continuo de recogida y análisis de datos" (p.211). A partir de la percepción y análisis que realice el investigador con la información disponible, podrá seleccionar a los entrevistadores de manera directa.

Fase de recojo y de análisis de la información:

Esta fase implica seleccionar técnicas para los estudios cualitativos, a través de la recopilación de los datos con entrevistas en profundidad, la observación de los entrevistados, los grupos de discusión y el análisis de documentos. Por otro lado, en el análisis de la información se busca realizar una reflexión teórica sobre el fenómeno a estudiar, conectar los conceptos del entrevistado con el marco teórico, con el propósito de un proceso de teorización.

Para (Gibbs, 2012) el análisis de los datos cualitativos implica dos actividades:

En primer lugar, desarrollar un conocimiento de las clases de datos que es posible examinar y del modo en que se pueden describir y explicar y, en segundo lugar, una cierta cantidad de actividades prácticas que sirvan de ayuda en el manejo del tipo de datos y las grandes cantidades de ellos que es necesario examinar (p.21).

Según (Gibbs, 2012) la recopilación y el análisis de datos en un proceso iterativo, que va retroalimentándose para establecer nuevas preguntas en la investigación, lo cual influirá sobre un gran volumen de datos. Sin embargo, el investigador menciona, que es importante tener la capacidad de resumir los datos, según se cita a continuación:

El análisis de datos cualitativos implica a menudo ocuparse de gran cantidad de datos -(transcripciones, grabaciones, notas, etc.). La mayor parte de los análisis aumentan su volumen, aún cuando es posible que, en la fase final de elaboración del informe sobre la investigación, la persona que efectúa el análisis tenga que seleccionar resúmenes y ejemplos a partir de los datos (p.22).

(Latorre, Del Rincón, & Arnal, 1996) señala una serie de estrategias para asegurar la confiabilidad de una investigación cualitativa:

Para garantizar la veracidad del estudio el equipo de investigación recurre a estrategias como: “La triangulación”, que consiste en utilizar diferentes fuentes de datos o estrategias de recogida de información. “La auditoría”, que consiste en presentar una cuidadosa documentación del desarrollo del proyecto dejando pistas para su posterior auditación. “La confirmación del estudio por informantes secundarios”, consiste en contrastar con otro tipo de informantes los resultados obtenidos. “Comprobación de los participantes”, comprobar con los participantes la exactitud de los datos durante la recogida de la información. “Revisión de los participantes”, pedir a cada participante que revise la síntesis del investigador de todas las entrevistas con la persona para la exactitud de la representación. “Casos negativos o discrepantes”, buscar activamente, registrar, analizar e informar casos negativos o datos discrepantes que son una excepción del modelo o patrón, o modificar patrones hallados en los datos (p.216).

Fase de retirada del escenario:

En esta fase se decide la retirada del escenario de investigación y consiste en finalizar la recopilación de la información, negociación de la retirada y el análisis intensivo de la información.

Antes de culminar y retirarse del escenario, el investigador debe dejar abierta la posibilidad de volver, en el caso que amerite indagar un tema adicional. El análisis intensivo de información debe alcanzar a responder de manera categórica todos los fundamentos que requiere el estudio. Para (Latorre et al., 1996) el análisis intensivo de información: “Es un análisis efectivo de ricos datos que generan hipótesis alternativas y proporcionan la base para construcciones compartidas de la realidad. Tiene lugar la

integración de las entrevistas, las observaciones y del resto de procedimientos de recogida de datos” (p.214).

Fase de elaboración del informe:

En esta fase el investigador debe seleccionar el tipo de informe y elaborar el informe de investigación:

Tipo de informe. (Latorre et al., 1996) señala que:

El informe cualitativo debe ser un sólido y convincente argumento que apoye los resultados del estudio y refute las explicaciones alternativas. Dos aspectos deben considerarse en los informes de esta naturaleza: a) el contexto o situación donde tuvo lugar el estudio (escenario, participantes, duración del estudio, etc.), y b) las citas textuales extraídas de las notas de campo y las transcripciones de las entrevistas (p.214).

Elaboración de informe. (Latorre et al., 1996) señala que:

La redacción del informe forma parte del proceso de investigación; el último paso del análisis de datos es escribir sobre lo que se ha oído, visto y comprendido, para crear una lógica armonía entre los datos reunidos en forma narrativa dando sentido a lo que ha sido estudiado. Ponderar lo sustantivo y secuenciar la información requiere volver a repensar los datos (p.214).

El informe debe explicar claramente el problema, haciendo un repaso de la literatura revisada y contrastada con los datos recopilados con el investigador. Además, debe incluirse la metodología, señalando los instrumentos aplicados, el análisis de datos y de los procesos que fueron recopilados, señalando las tendencias y los patrones identificados.

Finalmente, el informe también debe incluir la discusión de los resultados y conclusiones de la investigación.

2.2. Tipo de estudio

El tipo de investigación que se aplicó en el presente estudio consistió en desarrollar una investigación desde el enfoque cualitativo. Bajo este enfoque se buscó comprender la experiencia y las causas que incidieron sobre los resultados de gestión de la mejora de la calidad, que desarrolló la Oficina de Gestión de la Calidad como órgano de asesoramiento de la alta dirección, encargado de promover la implementación de las prácticas de gestión de la calidad, en los órganos centrales y desconcentrados de Essalud.

Según (Rodríguez, Gil, & García, 1999) el proceso de la investigación cualitativa surge “a partir de la reflexión, el investigador intenta captar las estructuras del hecho, actividad o fenómeno objeto de estudio, y las relaciones entre las estructuras y dentro de las mismas” (pp.42-43). Para los autores citados existen cuatro fases fundamentales que ocurren de manera simultánea: fase preparatoria, fase de trabajo de campo, fase analítica y fase informativa. Los diferentes niveles de avance del estudio marcan etapas y productos, los cuales no se desarrollan de manera lineal o independiente, sino que cualquiera de las fases puede retroalimentarse entre sí.

De acuerdo a los autores (Latorre, Del Rincón, & Arnal, 1996) la metodología cualitativa “Establece el valor de la verdad a través de la credibilidad, la aplicabilidad, la consistencia a través de la dependencia y la neutralidad a través de la confirmabilidad” (p.215).

Un criterio importante que siguió la presente investigación, desde el enfoque cualitativo fue examinar y evaluar si las teorías relacionadas con la gestión de la calidad, se adecuaron convenientemente en Essalud, de qué manera funcionó, fueron consistentes y tienen credibilidad en la opinión de los expertos, a partir de los resultados que arrojaron sus indicadores.

En ese sentido, la investigación estuvo basada en una unidad de análisis relacionado con el enfoque de gestión de calidad de la Oficina de la Gestión de la Calidad del Seguro Social. Para lo cual se evaluó la gestión de la calidad, tomando como base los fundamentos teóricos del modelo de la fundación europea para la gestión de la calidad (EFQM), con la finalidad de analizar los resultados de los indicadores de rendimiento, relacionados con la satisfacción de los asegurados, del personal asistencial, del impacto social en la sociedad peruana y de la gestión de los indicadores de resultados clave que logró la Institución en el año 2017.

Para el presente estudio, se tuvo que evaluar y analizar los resultados de la gestión de las Oficinas de Calidad de Essalud, bajo un enfoque cualitativo, apoyándose en algunos datos cuantitativos para completar el análisis, siguiendo la recomendación de los investigadores (Strauss & Corbin, 2002), quienes señalaron:

Con el término de “investigación cualitativa”, entendemos cualquier tipo de investigación que produce hallazgos a los que no se llega por medio de procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación. Puede tratarse de investigaciones sobre la vida de la gente, las experiencias vividas, los comportamientos, emociones y sentimientos, así como al funcionamiento organizacional, los movimientos sociales, los fenómenos culturales y la interacción entre las naciones. Algunos de los datos pueden cuantificarse, pero el grueso del análisis es interpretativo y cualitativo (p.19-20).

2.3. Diseño de investigación

El estudio presentó un diseño de investigación evaluativa, que recopiló información sobre los resultados de los indicadores de la gestión de la calidad que desarrollaron las Oficinas de Calidad de Essalud, sobre los logros que alcanzaron y sobre sus efectos en las dimensiones de los asegurados,

personal, impacto social y rendimiento de resultados clave, bajo el modelo de excelencia de la calidad EFQM.

Según lo señalado por (Tejedor, 2000), en el diseño de investigación se requiere establecer un plan para llevar a cabo el proceso de evaluación, el investigador cita: “Plantearse la especificación de un diseño supone haber realizado reflexiones previas en torno a cuestiones relacionadas con el concepto general de evaluación y con las finalidades de las diferentes opciones metodológicas” (p. 321).

Para la primera etapa de la investigación cualitativa se contempló los objetivos de la investigación, se tuvo el interés en comprender los conceptos teóricos que permitieron evaluar la gestión de la calidad del Seguro Social de Salud, a través de la interpretación que tenían sus ejecutivos para lograr la aplicación de la gestión de la calidad en los procesos asistenciales, y alcanzar resultados satisfactorios, que contribuyan a tener satisfechos a los pacientes y asegurados de Essalud. Se presume que el conocimiento y la experiencia de los ejecutivos están centrados en modelos de excelencia para la gestión de calidad, los cuales se orientan a conseguir resultados a través de indicadores de resultados.

Para la segunda etapa, bajo el método de investigación cualitativa se diseñó la estrategia de recopilación de información, con la aplicación de entrevistas a profundidad con los principales funcionarios de la Oficina de la Gestión de la Calidad, a fin de comprender sus puntos de vista. Se contempló desde el inicio de la investigación realizar entrevistas no estructuradas, con la intención de generar respuestas en profundidad de los directivos, bajo la indagación cualitativa, que le permitieron describir sus propias experiencias. Cada una de las entrevistas fue grabada y transcrita para los fines de análisis.

El estudio también se valió del apoyo del análisis documental, con la finalidad de obtener una información más completa, a través de los documentos normativos disponibles de la entidad a investigar, como planes de calidad, memoria, planes estratégicos, operativos, entre otros documentos.

Se recurrió a la triangulación metodológica, para validar cada uno de los instrumentos de la investigación, específicamente con el uso de diferentes fuentes de datos: personas, hechos observados y documentos.

2.4. Escenario de estudio

Se escogió como escenario de estudio para el desarrollo de la presente investigación, las Oficinas de Calidad de la sede central y de los principales hospitales de Essalud del departamento de Lima; debido a que es un lugar ideal para la obtención de la información a través de las entrevistas, las cuales permitieron alcanzar los objetivos del estudio.

2.5. Caracterización de los sujetos

La investigación tuvo como sujetos de estudio a los funcionarios de las Oficinas de Gestión de la Calidad de la sede central y de los principales Hospitales de Lima Metropolitana de Essalud, así como a expertos de la gestión de la calidad, con quienes se logró realizar cinco entrevistas a profundidad entre los meses de junio y julio del 2017.

2.5.1. Unidad de análisis

Son los enfoques de gestión de calidad de las Jefaturas de la Oficina de Gestión de la Calidad de los órganos centrales y desconcentrados de Essalud según entrevista aplicada.

2.5.2. Funcionarios entrevistados

Tabla 1

Relación de funcionarios de Essalud a ser entrevistados

Entidad de Essalud	Total de funcionarios entrevistados	Número de funcionarios
Oficina Central - Lima	1 Jefe/asesor de Oficina de Calidad 1 Jefe experto de Gestión de Salud	2
Hospitales Nacionales - Lima	1 Jefe de Oficina / Experto en Gestión de Calidad	1
Centros Especializados - Lima	1 Jefe de Oficina de Calidad	1
Hospital de MINSA Lima	1 Jefes de Oficina / Experto en Gestión de la Calidad	1
	Total de funcionarios	5

Fuente: Elaboración propia

2.6. Plan de gestión de la calidad de Essalud 2016 - 2017

El 16 de agosto del año 2016, se suscribió la Resolución de Presidencia Ejecutiva No 393-PE-ESSALUD-2016, mediante el cual se aprobó el documento técnico “Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud ESSALUD 2016 - 2017”, con la finalidad de establecer los lineamientos técnicos administrativos para la implementación y desarrollo del citado Plan, en concordancia con el Plan Estratégico Institucional, la Política Nacional de Calidad en Salud y la Política Nacional de Calidad.

El Plan de Gestión tuvo como objetivo “Promover e incentivar la mejora continua de la calidad de los servicios asistenciales y administrativos del Seguro Social de Salud”, buscando aplicar estándares de calidad y seguridad del paciente, orientando a desarrollar en toda la Institución una cultura de calidad sensible con los asegurados y planteando estrategias relacionadas con la humanización en su atención de los pacientes.

En el plan se plantearon alcanzar seis objetivos específicos:

1. Diseñar, implementar y mejorar las condiciones para la gestión de la calidad.

2. Fortalecer los procesos de monitoreo y evaluación de los indicadores de calidad y seguridad, así como los instrumentos de la gestión de la calidad y mejora continua de la atención.
3. Promover la eficiencia y efectividad de los procesos organizacionales por medio de acciones de mejora continua de la calidad enfocadas a la reducción de costos e incrementar la satisfacción de los usuarios internos y externos.
4. Fortalecer la garantía de la calidad promoviendo el cumplimiento de los estándares de calidad.
5. Fortalecer la gestión del riesgo en salud promoviendo una cultura de calidad y seguridad a través de la estandarización y adherencia a prácticas seguras de atención.
6. Diseñar, implementar, monitorear y evaluar la incorporación de estrategias para la implementación de una cultura por la humanización de la atención del paciente.

En el año 2016, según se puede observar en la tabla 2, la Oficina de Gestión de la Calidad contempló desarrollar el plan de gestión de la calidad, para lo cual se establecieron 5 ejes, 6 objetivos y 24 actividades del plan a nivel de la sede central y de los establecimientos de salud de Essalud, según se muestra en el cuadro siguiente:

Tabla 2

Relación de actividades del Plan de Gestión de Calidad de la sede central de Essalud, 2016 – 2017

Eje estratégico	Objetivo	Actividad
1. Implementación del Sistema de Gestión de la Calidad	1. Diseñar, implementar y mejorar las condiciones para la Gestión de la Calidad en el Seguro Social de Salud EsSalud	1. Formulación, propuesta, y difusión de la Política de Calidad de EsSalud.
		2. Formulación, aprobación y difusión del Sistema de Gestión de la Calidad de EsSalud.
		3. Elaboración de lineamientos generales y herramientas para la implementación del Plan de Gestión de la Calidad en EsSalud.
2. Mejora Continua y Satisfacción de Usuarios	2. Fortalecer los procesos de monitoreo y evaluación de los indicadores de calidad y seguridad según niveles de atención y complejidad.	4. Fortalecimiento de las competencias de los responsables de la implementación y ejecución del Plan de Gestión de la Calidad en EsSalud a nivel nacional.
		5. Difusión y actualización de la plataforma virtual Observatorio de Calidad de la Oficina de Gestión de la Calidad de EsSalud.
		6. Monitoreo de los indicadores de calidad.
3. Acreditación de las IPRESS de EsSalud	3. Promover la eficiencia y efectividad de los procesos organizacionales por medio de acciones de mejora continua de la calidad enfocadas en la reducción de los costos de la no calidad e incrementar la satisfacción de nuestros usuarios internos y externos.	7. Evaluación de los indicadores de calidad.
		8. Identificación, difusión y asistencia técnica para la implementación de Acciones de mejora y/o Proyectos de Mejora Continua de la Calidad exitosos a nivel nacional.
		9. Diseño, difusión e implementación de los lineamientos y herramientas para la medición de la satisfacción del usuario externo a nivel de las IPRESS y todas las unidades que brindan atención directa al Asegurado de Essalud.
4. Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras	4. Fortalecer la Garantía de Calidad promoviendo el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en el marco de la Acreditación de las IPRESS de EsSalud.	10. Evaluación de la línea de base de las Redes Asistenciales / Desconcentradas y OPN respecto al proceso de Acreditación de las IPRESS que correspondan.
		11. Capacitación y certificación de la formación de evaluadores internos en Acreditación de IPRESS.
		12. Acreditación de las IPRESS con resultados de autoevaluación igual o mayor al valor aprobatorio, de acuerdo a la norma sectorial vigente.
4. Gestión de Riesgos y Prácticas Seguras	5. Fortalecer la Gestión del Riesgo en Salud promoviendo una cultura de calidad y seguridad a través de la estandarización y adherencia a Prácticas Seguras de Atención	13. Revisión y actualización de la Directiva sobre el Sistema Integrado de Eventos Adversos.
		14. Formulación de la Directiva sobre el Sistema Integrado de Eventos Adversos: Registro, Notificación, Procesamiento, Análisis y gestión de los eventos centinela.
		15. Reactivación y actualización del aplicativo del Sistema de registro,

		notificación, procesamiento y análisis de incidentes y eventos adversos.
		16. Desarrollo de Jornada de Difusión y Sensibilización de Prácticas Seguras y Prevención de los Eventos Adversos: Higiene de manos y Prevención de úlceras por presión.
		17. Actualización de las directivas de las prácticas seguras.
		18. Fortalecimiento de las competencias del personal de salud de las áreas críticas de las IPRESS en seguridad del paciente.
		19. Gestión de riesgo a partir de los resultados del estudio IBEAS – ESSALUD.
5. Humanización de la Atención de Salud	6. Diseñar, monitorear y evaluar la implementación de una cultura por la humanización de la atención en salud.	20. Elaboración del Plan de Humanización en la Atención de Salud.
		21. Conducción de la "Cruzada por la Humanización de la Atención en Salud".
		22. Reconocimiento del Símbolo humanizador y del Servicio Humanizado.
		23. Fortalecimiento de las Competencias de los colaboradores en Humanización de la atención.
		24. Evaluación del Impacto en los usuarios internos y externos de la cruzada por la humanización.

2.7. Procedimientos metodológicos de investigación

De acuerdo a lo señalado por (Mejía, 2004):

La investigación cualitativa es el procedimiento metodológico que utiliza palabras, textos, discursos, dibujos, gráficos e imágenes para comprender la vida social por medio de significados y desde una perspectiva holística, pues se trata de entender el conjunto de cualidades interrelacionadas que caracterizan a un determinado fenómeno (p.278).

En ese sentido, el procedimiento metodológico requiere utilizar de la descripción de los hechos, de las citas y conceptos que enuncian los entrevistados, además de las evidencias documentales para construir conocimiento en la realidad social, y llegar a través de un proceso racional y continuo de comprobación científica a nuevos constructos de conocimiento.

En la presente investigación es importante exponer cómo se lograron los resultados del estudio, se requiere ser transparente en la manera como se desarrollo todo el proceso de recopilación y análisis de la información, para que se entiendan claramente los resultados de la misma. Según (Krause, 1995) la presentación de los resultados de los estudios cualitativos implica “Presentar la información clara y precisa de todo el procedimiento metodológico, desde la selección de la muestra hasta la presentación de resultados misma” (p.34).

2.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.8.1. Entrevista

Según (Acevedo & López, 1986):

La entrevista es una técnica que, entre muchas otras, viene a satisfacer los requerimientos de interacción personal que la civilización ha originado. El término entrevista proviene del francés “entrevoir”, que significa “verse uno con el otro”: Como en sus orígenes fue una técnica exclusivamente periodística, se le ha venido definiendo como la visita que se hace a una persona para interrogarla sobre ciertos aspectos y, después, informar al público de sus respuestas (p.8).

Para (Acevedo & López, 1986) la entrevista tiene la finalidad de obtener información en relación a un objetivo, sobre la base de una mutua ilustración.

De acuerdo con (Ruiz-Olabuénaga, 2012) la entrevista en profundidad es definida como:

Una técnica de obtener información, mediante una conversación profesional con una o varias personas para un estudio analítico de investigación o para contribuir en los diagnósticos o

tratamientos sociales. La entrevista en profundidad implica siempre un proceso de comunicación, en el transcurso del cual, ambos actores, entrevistador y entrevistado, pueden influirse mutuamente, tanto consciente como inconscientemente [...] La entrevista en profundidad, en definitiva, es una técnica para obtener que un individuo transmita oralmente al entrevistador su definición personal de la situación. La entrevista comprende un esfuerzo de “inmersión” por parte del entrevistado frente a, o en colaboración con, el entrevistador (pp.165-166).

(Pujadas, 2000), define a las entrevistas de orientación biográfica de la siguiente manera:

Se trata de entrevistas en profundidad abiertas (esto es, no directivas) en las que la labor del entrevistador consiste básicamente en estimular al informante para que siga el hilo de su narración, procurando no interrumpirle y manteniendo la atención para orientarle en los momentos de lapsus de memoria. Esta labor de orientación se debe apoyar en el uso de cuantos documentos personales (cartas, fotografías, diarios personales) estén a mano durante la entrevista (p.139).

Respecto a las entrevistas (Ruiz-Larraguivel, 1998) señala:

En el marco de la investigación y evaluación cualitativa, el empleo de la entrevista tiene como propósito “descubrir” las percepciones y opiniones de alguna persona en particular. En una entrevista abierta no se pretende dar ideas al entrevistado, como, por ejemplo las categorías ya preconcebidas por parte del entrevistador, sino que más bien se trata de acceder a las perspectivas del sujeto entrevistado [...] En la investigación cualitativa las entrevistas son abiertas, dinámicas, flexibles, no directivas, no estructuradas y no estandarizadas (p.47).

Sabiendo que la entrevista es una técnica de investigación cualitativa, cuyo objetivo es recopilar datos a partir de las propias palabras, ideas, pensamientos, reflexiones, entre otros del entrevistado, se espera que en la presente investigación durante la entrevista se vaya incorporando nuevas preguntas, las cuales surgirán a partir de las respuestas inesperadas de nuestros entrevistados.

2.8.2. Análisis Documental

Según (Quintana-Peña, 2006) define al análisis documental de la siguiente manera:

Constituye el punto de entrada a la investigación e, incluso en muchas ocasiones, es el origen del tema o problema de investigación. Los documentos fuente pueden ser de naturaleza diversa: personales, institucionales o grupales, formales o informales. A través de ellos es posible obtener información valiosa (p.65).

Para el citado autor, a través de los documentos fuentes se obtiene información relevante que permite describir los acontecimientos y los problemas más frecuentes del objeto de análisis, los cuales ayudarán a comprender mejor la realidad.

Asimismo, para (Quintana-Peña, 2006) el análisis documental debe desarrollarse bajo las siguientes cinco acciones:

Rastrear e inventariar los documentos existentes y disponibles;
Clasificar los documentos identificados;
Seleccionar los documentos más pertinentes para los propósitos de la investigación;
Leer en profundidad el contenido de los documentos seleccionados, para extraer elementos de análisis y consignarlos en memos o notas marginales que registren los patrones,

tendencias, convergencias y contradicciones que se vayan descubriendo;

Leer en forma cruzada y comparativa los documentos en cuestión, ya no sobre la totalidad del contenido de cada uno, sino sobre los hallazgos previamente realizados, a fin de construir una síntesis comprensiva total, sobre la realidad humana analizada (p.66).

A continuación se muestra en la tabla 3, la matriz cualitativa de la presente investigación documental, elaborado por el investigador:

Tabla 3

Matriz cualitativa de la investigación documental

Supuesto	Categoría	Indicadores de rendimiento	Documento o fuente de información publicada
Las causas que existan malos resultados con insatisfacción en los pacientes asegurados de Essalud, sería provocado por las dificultades y barreras que tienen para recibir servicios de buen nivel de calidad, debiendo de aplicarse el modelo de calidad EFQM, para mejorar la eficiencia y eficacia de la Oficina de Gestión de la Calidad de Essalud.	Satisfacción de los Asegurados	Cantidad de quejas y reclamaciones y su capacidad de gestión	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anuario Estadístico Institucional 2016 y Boletín Estadístico Institucional I Trimestre 2017 de Essalud. ✓ Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2015 de Susalud. ✓ Encuesta Nacional Socio-económica ENSSA 2015 de Essalud.
		Tiempo de respuesta para recibir las prestaciones de servicios de salud	✓ Lista de Oportunidad Quirúrgica 2016 y Promedio de Diferimiento de Citas de Consulta Externa 2016 elaborada por la Gerencia Central de Operaciones de Essalud
		Nivel de transparencia de la información para pacientes y familiares	✓ Memoria Anual de Essalud 2016.
Las causas que existan malos resultados con insatisfacción del personal asistencial de Essalud, se debería a insuficientes mejoras en su calidad de vida, bienestar laboral, pocos incentivos e insuficiente motivación dentro de la gestión del desarrollo del	Satisfacción del personal asistencial	Satisfacción y motivación de los trabajadores hacia la mejora de Essalud	✓ Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2015 de Susalud
		Condiciones de la seguridad e higiene en el trabajo	✓ Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2015 de Susalud

personal, que oriente a modernizar la gestión de la calidad de atención y su compromiso en favor del asegurado de Essalud.		Nivel de capacitación, formación y desarrollo que reciben los trabajadores	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ejecución Presupuestal de ingresos y egresos de los años 2016 y al I trimestre 2017 de Essalud. ✓ Memoria institucional de Essalud 2015 y 2016
Las causas que existan malos resultados en la gestión de Essalud, con pocos logros de impacto en la sociedad, se debería a insuficientes acciones de intervención social a la comunidad, que contribuyan con la mejora de la calidad de vida de la población asegurada y de la población peruana en general.	Impacto social en la sociedad peruana	Actividades realizadas en beneficio de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Memoria Institucional de Essalud 2015 y 2016. ✓ Plan Maestro de Essalud al 2021 elaborado por la Gerencia de Planeamiento de Essalud
		Felicitaciones y premios recibidos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Memoria Institucional de Essalud 2015 y 2016. ✓ Plan Maestro de Essalud al 2021 elaborado por la Gerencia de Planeamiento de Essalud
Las causas que existan malos resultados con los indicadores clave de Essalud, se debería a deficiencias en la gestión de los procesos asistenciales claves y estratégicos, las cuales no han sufrido mejoras en muchos años, requiriendo que dichos procesos se integren para mejorar el rendimiento la organización en términos económicos y financieros.	Gestión con indicadores de resultados clave	Productividad de las actividades asistenciales de Essalud	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tablero de Indicadores de Salud 2016 y 2017 publicada por la Gerencia de Planeamiento de Essalud. ✓ Plan Maestro de Essalud al 2021
		Rentabilidad de Essalud (Sostenibilidad financiera)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Balance General Institucional 2016 ✓ Estudio Financiero Actuarial 2016

Fuente: Elaboración propia

2.8.3. Triangulación

Norman Denzin citado por (Alvarez-Gayou, 2003) señala sobre el concepto de triangulación: “Es la utilización de múltiples métodos, materiales empíricos, perspectivas y observadores para agregar rigor, amplitud y profundidad a cualquier investigación” (p.32).

Para Denzin según lo cita (Alvarez-Gayou, 2003), propone cuatro tipos de triangulación:

Triangulación de datos: utilización de diversas fuentes de datos en un estudio; triangulación de investigadores: utilización de diferentes investigadores o evaluadores; triangulación de teorías: utilizar múltiples perspectivas para interpretar un mismo grupo

de datos; triangulación metodológica: la utilización de diferentes métodos para estudiar un mismo problema (p.32).

De acuerdo a lo señalado por (Patton, 1980):

La triangulación implica la combinación de varias metodologías en el estudio sobre un mismo fenómeno, y en el caso de la investigación evaluativa, significa la posibilidad de usar estrategias tanto cuantitativas como cualitativas en el estudio de un mismo programa (p.108).

Para (Coller, 2000) la triangulación “Consiste en comprobar las informaciones recibidas (de informantes o de documentos) con varias fuentes” (p.56), con la finalidad de comprobar la validez y confiabilidad del estudio. En otra cita de (Coller, 2000), la triangulación más usual es la triangulación de métodos, en la que señala que este método “Consiste en asentar las conclusiones del estudio en el mayor número posible de pruebas. Tres es un número de referencia. En ocasiones con dos pruebas basta” (p.95).

En síntesis, podríamos señalar que en la presente investigación se aplicó la triangulación, con el propósito de obtener diversas fuentes de información relacionados con los objetivos del estudio, corroborando que las fuentes coincidan o identificando la fuente o información más confiable, con la finalidad de disponer de una alternativa de validación de la información, buscando contar con una mayor comprensión de la realidad estudiada. Al comparar diversas formas de abordar el fenómeno nos permitirá obtener conclusiones de mayor nivel de rigor.

2.8.4. Técnicas de recolección de información

De acuerdo a lo señalado por (Tena, 2014):

Entre las principales técnicas e instrumentos de recolección de datos se encuentran los diversos tipos de observación, diferentes clases de entrevista, estudio de casos, historias de

vida, historia oral, entre otros. Asimismo, es importante considerar el uso de materiales que faciliten la recolección de información como cintas y grabaciones, videos, fotografías y técnicas de mapeo necesarias para la reconstrucción de la realidad social (p.488).

Para el caso concreto de la investigación cualitativa de la presente tesis, la recolección de información se aplica en primer lugar para la etapa de la recopilación documental, se puede afirmar que las fuentes de datos son múltiples, provienen de la búsqueda de las evidencias documentarias, de la aplicación de la entrevista, los cuales se obtienen directamente de los funcionarios y expertos de la gestión de calidad de Essalud. Los instrumentos de recolección de datos utilizados para la investigación, fueron la guía del registro documental y la guía de entrevista abierta.

La guía de registro documental se empleó para documentar las evidencias de los supuestos teóricos y los indicadores de resultados, mientras que se realizaron entrevistas a los funcionarios de los órganos centrales y desconcentrados, responsables de las jefaturas de la Oficina de Gestión de la Calidad. Las entrevistas abiertas y a profundidad fueron dirigidas a los funcionarios de Essalud, porque son ellos los responsables de medir y gestionar los resultados de los indicadores de calidad. Asimismo, para complementar la información las entrevistas también se orientaron a los expertos de gestión de salud, según como se puede apreciar en el Anexo 1.

Tipos de instrumentos:

Entrevista para medir el nivel de cumplimiento de los indicadores de resultados de los asegurados de Essalud según modelo EFQM.

Entrevista para medir el nivel de cumplimiento de los indicadores de resultados del personal asistencial personal según modelo EFQM.

Entrevista para medir el nivel de cumplimiento de los indicadores de resultados de impacto social según modelo EFQM.

Entrevista para medir el nivel de cumplimiento de los indicadores de resultados de indicadores clave según modelo EFQM.

Asimismo, se ha previsto contar con un instrumento que facilite la comparación y el análisis documental, para corroborar la fuente de documentos con los resultados de los indicadores. Ver Anexo 2.

2.8.5. Análisis e interpretación de la información

La evaluación debe realizarse a partir de los resultados obtenidos en las entrevistas desarrolladas con los funcionarios. La investigación tiene el propósito de medir el cumplimiento de los indicadores de rendimiento bajo el modelo EFQM, evaluando los resultados en los clientes, en las personas, en el impacto a la sociedad y los resultados claves de la gestión de la calidad.

Se debe tomar como referencia las preguntas generales que contempla el modelo EFQM, cuando se realiza una evaluación de la calidad. A continuación, se muestran las cuatro entrevistas a desarrollar, y lo que se espera medir a partir de ellas:

La entrevista para medir los resultados de los indicadores de rendimiento de satisfacción de los clientes o asegurados, busca identificar como se cumple los objetivos de calidad y como los indicadores son utilizados para mejorar los procesos, productos y servicios que se brinda a los asegurados.

La entrevista para medir los resultados de los indicadores de rendimiento de satisfacción del personal asistencial, busca identificar como se cumple los objetivos de calidad y como los indicadores influyen para mejorar la satisfacción, gestión y liderazgo del personal.

La entrevista para medir los resultados de los indicadores de impacto social, busca identificar como se cumple los objetivos de calidad que inciden al nivel de satisfacción de la sociedad y como muestran una correlación con las acciones emprendidas para mejorar la calidad.

La entrevista para medir los resultados de los indicadores clave, busca identificar los resultados económicos financieros y si muestran una evolución positiva, de sostenibilidad financiera como consecuencia de las acciones emprendidas para mejorar la calidad.

2.8.6. Tratamiento de la información

De acuerdo a (Monje-Alvarez, 2011) el tratamiento de información:

Es un método para manejar material narrativo cualitativo, pero también un procedimiento que permite la cuantificación. En términos generales es una técnica de investigación para el análisis sistemático del contenido de una comunicación, bien sea oral o escrita. Se puede emplear en materiales como diarios, cartas, cursos, diálogos, reportes, libros, artículos y otras expresiones lingüísticas. Las unidades de análisis para las expresiones verbales son diversas, pero una de las más útiles son los temas, que abarcan ideas o conceptos y puntos, que se refieren al mensaje completo. Luego de que el investigador elige su unidad de análisis, desarrolla un sistema de clasificación para permitir la categorización de los mensajes de acuerdo con su contenido. De esta manera es posible analizar los datos codificados bien por procedimientos cualitativos o numéricos (p.119).

Según (Latorre et al., 1996):

La obtención y el análisis de la información, en investigación cualitativa, son procesos complementarios, continuos, simultáneos e interactivos más que secuenciales. El análisis de la información es un proceso cíclico y sistemático, integrado en todas las fases del proceso. El análisis comienza con la recogida de los primeros datos y continúa durante todo el proceso (p.212).

2.9. Mapeamiento

El área de estudio se encuentra situado en el distrito de Jesús María, provincia de Lima, Departamento de Lima. Las entrevistas a los funcionarios y expertos fueron realizadas en las Oficinas de la Gestión de Calidad de la Sede Central, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati, del Instituto Nacional Cardiovascular.

Para identificar la ubicación geográfica, se muestra adjunto la tabla 4, con su ubicación en el distrito de Jesús María y la dirección de cada uno de los lugares donde se efectuaron las entrevistas:

Tabla 4

Relación de entrevistas realizadas en investigación

Entrevistado	Fecha	Lugar	Dirección	Tiempo	Hora Término entrevista
E01	Miércoles 07.06.17	Oficina de Calidad del Instituto Nacional Cardiovascular de Essalud	Jirón Coronel Zegarra N° 417	29 min 58 seg.	15:39 p.m.
E02	Jueves 08.06.17	Oficina de Gestión y Desarrollo de Hospital Nacional Edgardo Rebagliati de Essalud	Jirón Edgardo Rebagliati N.º 490	59 min 55 seg.	13:37 p.m.
E03	Jueves 08.06.17	Oficina de Calidad de Sede Central de Essalud	Av. Arenales cuadra 13, Edificio Complejo Arenales, 3er piso	1 hora 2 min 15 seg.	17:00 p.m.
E04	Lunes 12.06.17	Gerencia Central de Prestaciones de Salud de Essalud	Av. Arenales 1400 - Octavo piso.	1 hora 1 min 59 seg.	18:57 p.m.
E05	Martes 27.06.17	Oficina de Calidad del Ministerio de Salud	Av. Arenales 1400 - Primer Piso	35 min 30 seg.	18:37 p.m.

Asimismo, de acuerdo a la figura 3, se mapeó los lugares en donde se efectuaron las entrevistas, tomando como referencia la ubicación del Hospital Nacional Rebagliati, establecimiento de salud que tiene la siguiente coordenada geográfica: 12°04'43"S 77°02'25"O:



Figura 3. Mapeamiento de las entrevistas realizadas

2.10. Rigor científico

Los estudios con enfoque cualitativo requieren en todo el proceso de investigación, desarrollar un trabajo de calidad, que respete todo el rigor de la metodología. La presente investigación ha identificado objetivamente la relación que existe entre los supuestos del estudio, con el marco teórico y las evidencias documentales, a partir de una triangulación de datos, con el fin de comprobar la coherencia en los resultados.

El estudio de investigación se orientó a encontrar consistencia entre los conceptos que se dependen de la evaluación de la gestión de la calidad, con los resultados que brindan los indicadores de gestión. Mediante el enfoque de la metodología de investigación cualitativa, se comparó y verificó que exista coherencia entre los resultados de los indicadores de gestión de la calidad de las Oficinas de Calidad de Essalud y las expectativas que tienen los asegurados y sus trabajadores.

(Guba & Lincoln, 1985, págs. 318-327) señalaron que los estándares sobre el cual se evalúan los estudios cuantitativos no son apropiados para evaluar el rigor metodológico de los estudios cualitativos, ellos plantearon cuatro criterios base para valorar el trabajo de investigación cualitativo: “Credibilidad, Transferibilidad, Dependencia y Confirmabilidad”. A partir de la aplicación de dichos criterios, la investigación cualitativa tendría rigor y calidad científica. Los investigadores y científicos de las ciencias sociales podrán reconocer los resultados y tener credibilidad de la investigación, si ésta presenta resultados que contrasta con la realidad objetiva.

A partir de los resultados de la presente investigación, se espera trasladar las propuestas del modelo de gestión de la calidad EFQM, para su aplicación a los diferentes establecimientos de salud, especialmente en las del sector público. Siguiendo los planteamientos de (Creswell, 1994) “el criterio para evaluar un estudio cualitativo difiere del de la investigación cuantitativa. Ante todo el investigador busca la credibilidad, basada en la coherencia, la utilidad instrumental y en la exactitud” (pp.143-171), en ese sentido, la presente investigación debe ser veraz y objetiva, con elementos verificables en todo el proceso de investigación, asegurando la consistencia en sus resultados para que ésta tenga confiabilidad.

Según (Hernández-Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014) la dependencia implica que “los datos deben ser revisados por distintos investigadores y éstos deben arribar a interpretaciones congruentes. De ahí la necesidad de grabar los datos (entrevistas, sesiones, observaciones, etc.)” (pp.453-454). Para alcanzar dependencia en el presente estudio, se ha evitado que la opinión del investigador, afecte la coherencia y sistematización de los datos, esperando completar todos los datos para llegar a las conclusiones del estudio. Asimismo, se ha buscado ser neutral en el proceso de interpretación y análisis de información, para aplicar la confirmabilidad en la investigación.

(Bartolomé-Pina, 1992) afirma en relación al rigor científico de las investigaciones que: “la mayoría de ellas se apoya en estrategias de triangulación como elemento fundamental, aunque se recogen las ya tradicionalmente empleadas por Guba y Lincoln (1982)” (p.34), para la citada investigadora en los casos de investigaciones que se orientan al cambio social y educativo “la fuente fundamental de validez será, en definitiva, la constatación de si el cambio se ha efectuado realmente en la práctica”.

Otro aspecto, importante que considera el presente estudio, es asegurar la validez, para que la investigación sea verdadera, que tenga credibilidad, con resultados válidos y consistentes, captando el significado completo e integral de los conocimientos y experiencias de los entrevistados, especialmente aquellas que se relacionan directamente con el planteamiento del problema, y cuya aplicación del estudio en la gestión pública tenga beneficios.

Al finalizar la presente investigación, uno de los aspectos más importantes es asegurar el carácter de rigor científico con la demostración de la credibilidad del trabajo realizado, a partir de los resultados del estudio.

III. Trabajo de campo

3.1. El sujeto de investigación

3.1.1. La Seguridad Social en el Perú

El desarrollo de la Seguridad Social en el Perú, tuvo una influencia muy importante de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). En el año 1919, a través de la Conferencia de Paz de Versalles, se promovió la implementación de los sistemas de seguros sociales en el mundo. Según el documento “Plan estratégico institucional 2012 – 2016 de Essalud”, la Seguridad Social en el Perú surgió durante la década de los años veinte, debido a la demanda que emanó de los sindicatos y partidos políticos, para su incorporación en la Constitución Política.

En el año 1933, en el artículo 48º de la Constitución Política del Perú se describía que: “La ley establecerá un régimen de previsión de las consecuencias económicas de la desocupación, edad, enfermedad, invalidez y muerte y fomentará las instituciones de solidaridad social, los establecimientos de ahorros y de seguros”.

Con el devenir de los años la Seguridad Social fue asumiendo y fusionando diferentes funciones. El régimen de las prestaciones de salud se creó el 27 de marzo de 1979, mediante el Decreto Ley N° 22482, el cual estableció una tasa de 7.5%, como aporte obligatorio para los asegurados. Sin embargo, con el Decreto Ley N° 22482 se realizó un estudio matemático-actuarial con el apoyo de la OIT, elevando la tasa de aportación en 9%. A partir de dicho año, se definió una nueva cartera de servicios incorporando las prestaciones preventivas, la educación sanitaria y las prestaciones económicas.

El 29 de diciembre del año 1987, se promulgó la Ley General del Instituto Peruano de Seguridad Social - Ley 24786, a través del cual se creó el IPSS, como una institución con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable. A partir de la citada Ley, los estudios

actuariales se realizaban cada tres años de manera obligatoria en el Seguro Social.

El 6 de diciembre de 1992 el gobierno de Alberto Fujimori, promulgó el Decreto Ley N° 25897, mediante el cual se creó en el Perú, el Sistema Privado de Pensiones. Posteriormente, crea la Oficina de Normalización Previsional (ONP), como una entidad encargada de administrar todos los regímenes de pensiones, quedando el IPSS solo a cargo de las prestaciones de salud, las prestaciones sociales y las prestaciones económicas.

El 15 de mayo de 1997 se creó el Seguro Social de Salud - Essalud, a través de la Ley N° 26790 “Ley de Modernización de la Seguridad Social”. Posteriormente se promulgó su reglamento, mediante el Decreto Supremo N° 009-97-SA. A través de la Ley N° 27056, “Ley de Creación del Seguro Social de Salud - Essalud”, se precisan sus funciones, organización, administración y prestaciones. Mientras que es con la Ley N° 27056, la que actualmente rige el marco normativo de la institución.

3.1.2. El sistema de gestión de la calidad en el Seguro Social de Salud

En el Seguro Social de Salud, con resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-Essalud-2014, del 31 de diciembre del 2014, se aprobó la nueva estructura orgánica y el reglamento de organización y funciones del Seguro Social del Salud – Essalud, que establece la naturaleza, finalidad, funciones generales y atribuciones, así como la estructura orgánica y las funciones de los órganos que integran el Seguro Social de Salud.

En la nueva estructura orgánica del año 2015, la Oficina de Gestión de la Calidad y Humanización (OGCyH), se constituye en el órgano de asesoramiento de la alta dirección y está encargada de promover la implementación de prácticas de gestión de la calidad en los órganos centrales y desconcentrados de Essalud, promoviendo una cultura de la calidad, trato humanizado y de gestión por procesos, para la mejora continua de la calidad de atención y seguridad del paciente, a través de la Gerencia de Seguridad

del Paciente y Humanización de la Atención y de la Gerencia de Acreditación y Mejora Continua de la Calidad.

En tal sentido se propone el plan de gestión de la calidad del Seguro Social de Salud, que se gesta en la transición de la construcción hacia un modelo futuro. Este plan incorpora principalmente una orientación a los requerimientos del asegurado y de sus expectativas sobre los servicios que oferta el Seguro Social de Salud, para lo cual se requiere el fortalecimiento del trabajo en equipo que comprometa a diferentes áreas, jefaturas, gerencias y trabajadores en general, tanto del nivel central como de los órganos desconcentrados. Asimismo, se plantea la utilización del enfoque basado en la eficiencia de los procesos; las mediciones para la toma de decisiones; el reconocimiento a los logros; el fortalecimiento de competencias, creatividad, e investigación; el fomento de la participación de los asegurados y fundamentalmente la humanización de la atención en salud y el respeto a los derechos de nuestros asegurados.

El plan de calidad del Seguro Social tiene como objetivo promover e incentivar la mejora continua de la calidad de los servicios asistenciales y administrativos del Seguro Social de Salud, a fin de garantizar que cumplan los estándares mínimos de calidad y seguridad del paciente, mediante el desarrollo de una cultura de calidad sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos; así como incorporar estrategias que conlleven a la humanización en la atención de los asegurados.

Según la memoria anual del año 2013 de Essalud, se han venido alcanzado diversos logros relacionados a la gestión de la calidad, alcanzando la certificación de la norma internacional ISO 9001:

A diciembre de 2013 se tuvo cinco agencias de seguros certificadas de acuerdo a la norma internacional ISO 9001:2008, las agencias de seguros fueron: San Miguel, Corporativa, Jesús María, Comas y San Juan de Lurigancho. Ciento veinte colaboradores han sido sensibilizados y capacitados en gestión

de la calidad, lo que permite una mejor atención al ciudadano. Del mismo modo, se ha desarrollado un proceso de formación de equipos de mejora, conformado por 19 colaboradores de aseguramiento deseosos de asumir nuevos retos enfocados a la calidad, prevención y mejora continua para el logro de los objetivos de calidad que contribuyan al sistema de gestión de la calidad y a las metas de la institución.

La memoria anual del año 2014 de Essalud, menciona que:

Cumplimos con el estándar internacional de gestión de calidad ISO 9001:2008 acreditado por UKAS Management Systems a través de SGS del Perú. Certificamos a seis agencias de seguros (Agencia Corporativa, San Miguel, Comas, San Juan de Lurigancho, Jesús María y San Isidro) y 3 oficinas de aseguramiento (Rebagliati, Almenara y Sabogal). Esto permitió mejorar los tiempos de atención y disminuir las colas. También se implementó el Sistema de Gestión de calidad de 6 oficinas de aseguramiento (Arequipa, Cusco, La Libertad, Lambayeque, Piura y San Martín de Porres).

Fortalecemos las competencias de nuestros colaboradores a nivel nacional enfatizando una cultura de humanización y buen trato. Capacitamos en humanización a 759 profesionales responsables de nuestras oficinas nacionales de calidad. En noviembre, capacitamos a 800 colaboradores de las redes asistenciales de Lima, con el taller de sensibilización formando líderes transformacionales. También desarrollamos otros talleres sobre derechos y humanización, y contratamos una plataforma virtual para instruir sobre humanización de la atención en salud.

La ex Gerencia Central de Aseguramiento midió, en el marco del sistema de gestión de calidad, el nivel de satisfacción del usuario de aseguramiento a nivel nacional. Se obtuvo 80% de

satisfacción en Lima (mayor en 6% versus años anteriores) y 78% en provincias (mayor en 14% versus años anteriores).

3.1.3. La Seguridad Social en el ámbito internacional

Los sistemas de seguridad social en el mundo, tienen como finalidad prevenir la pérdida de los ingresos básicos, en los casos que sus asegurados pierdan su empleo o tengan enfermedades, accidentes laborales, jubilación, invalidez, entre otros beneficios.

Según la (Organización Internacional de Trabajo, 2011) la Seguridad Social se inició en Europa en la década del año 1880:

Alemania fue el primer país que adoptó un sistema de seguro social reconocido en la legislación con el que se introdujo la noción de prestaciones, entendidas como un derecho, y cuyos beneficiarios eran la fuerza de trabajo industrial en su conjunto. Algunos años después se introdujo este tipo de sistema en América Latina (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay). Los modelos de seguro existentes fueron ampliándose, incluyendo nuevos riesgos (por ejemplo, las prestaciones de desempleo) y abarcando más grupos de personas beneficiarias. Aunque predominaba el modelo de los seguros, muy pronto también se introdujeron los programas financiados con impuestos (p.7).

En la actualidad, existe en el mundo un consenso sobre la necesidad universal de extender la seguridad social como un derecho humano. Desde su creación de la OIT en el año 1919, la seguridad social ha sido un mandato fundamental de dicho organismo internacional. Sin embargo, las estimaciones señalan que sólo el 20 por ciento de la población en el mundo, tiene seguridad social con una cobertura adecuada, mientras que más del 50% de toda la población no cuenta con ningún tipo de cobertura.

Según la OIT, el rápido crecimiento de los mercados financieros, de productos y de trabajo en el mundo, contribuyen a afianzar el sistema de la seguridad social. Las personas en nuestra época tienen la capacidad limitada, para hacer frente a los riesgos económicos, siendo indispensable orientar los esfuerzos a fin de que los sistemas de seguridad social basados en la solidaridad, sean más sólidos. Según lo señala la (Organización Internacional de Trabajo, 2011):

Es preciso disponer de un sistema de seguridad social eficaz que permita a las sociedades afrontar los riesgos que comporta la globalización, aprovechar plenamente las oportunidades que ofrece y adaptarse a los cambios continuos. Para ello se requieren marcos generales e integrados nacionales de carácter normativo e institucional, que abarquen políticas de empleo y seguridad social y otras políticas sociales, a fin de responder mejor a los cambios estructurales y a las crisis (p.29).

En el informe sobre la Seguridad Social que realizó la OIT el año 2011, concluye que las crisis económicas que viven los países, demuestran la gran importancia que tiene la seguridad social para la sociedad, pues constituye en un estabilizador económico, social y político, que proporciona mecanismos para disminuir la pobreza, reducir la desigualdad, mejorar el capital humano y la productividad.

3.2. Elaboración del guion para las entrevistas

3.2.1 Matriz de entrevista general

Previo a realizar las entrevistas, se preparó una lista de temas relacionados a los resultados de los indicadores de la investigación, que requería abordarse con los funcionarios de la Oficina de Calidad y con los expertos. Se programó elaborar un guion general de preguntas, que sirva de base o referencia común para todas las entrevistas.

El guion de preguntas tuvo modificaciones durante todo el proceso de las entrevistas, debido a que se escogió el método de investigación a profundidad. Sin embargo, como guion general ayudó para la orientación en las preguntas que debía de formularse según el cargo, nivel de conocimiento y experiencia del entrevistado. Tal como lo señala (Báez y Pérez de Tudela, 2014) el guion de la entrevista debe contener “Las cosas que se pretenden conocer del entrevistado”, se busca que el entrevistado exponga sus posiciones particulares y sus reflexiones, según como se cita a continuación:

Dado que en las diferentes técnicas los informantes aportan (lo sepan o no) sus conocimientos y opiniones asociados al guion de que dispone el investigador, lo que el analista trata de encontrar en los documentos que somete a su consideración cuando busca la idea general son las posiciones particulares de los informantes, la ideología que expresan sus reflexiones, aquella sobre la que versa su discurso. (p.339)

La presente investigación tuvo como guion de entrevista 32 preguntas abiertas, orientadas a que los entrevistados brinden su explicación sobre los resultados de los indicadores para la gestión de la calidad en las Oficinas de Calidad de Essalud, tomando como el modelo de gestión europeo de la calidad, tal como puede observarse en el Anexo 1.

3.2.2. Indicadores y evidencias

Evaluar los resultados de la gestión de la calidad, en la presente investigación, implica seleccionar indicadores que faciliten la medición objetiva, de lo que se espera alcanzar con dichos indicadores. Demostrar que la gestión que realizan las Oficinas de Calidad de Essalud ha logrado alcanzar sus objetivos, significa que los valores que obtengan los indicadores deben evidenciar resultados satisfactorios. Por ello, (Picado, 1997) señaló que “el indicador es la evidencia que facilita la medición de los resultados, o de lo que se espera alcanzar, en un programa o proyecto social. Estos resultados están referidos a los "cambios logrados" por la intervención” (p.3). A través de la

evaluación del indicador podemos tener evidencia, que identifique lo que se ha alcanzado y lo que falta por lograr para conseguir con los objetivos de la gestión de la calidad.

Según lo señalado por (Quintero, 2001): “los indicadores son criterios de medición que permiten valorar, analizar y evaluar el comportamiento de variables; es decir, las características, componentes, actores y elementos que constituyen el objetivo de planes, programas y proyectos, tanto operativos, como administrativos y financieros” (p.9). En ese sentido, los indicadores nos ayudan a evaluar el progreso y cumplimiento de las actividades, determinando si éstas logran obtener los resultados previstos en los objetivos de un determinado plan, programa o proyecto.

Promover la excelencia y la mejora en los servicios de salud de los Hospitales de Essalud, supone gestionar los indicadores de calidad, bajo un enfoque más moderno, siendo un buen marco de referencia el Modelo de Excelencia de la “European Foundation for Quality Management” para la gestión de la calidad en ESSALUD. Según lo señalado por (Ferrando & Granero, 2005), “el modelo EFQM parte de la premisa que el rendimiento general de una organización, debe alcanzar resultados excelentes en sus clientes, personas y en la sociedad en la que actúa” (p.32). Lo que significa, que Essalud debería tener un desempeño tal, que pueda obtener excelentes resultados en la satisfacción de sus asegurados, de los usuarios internos o trabajadores, y de los ciudadanos en general.

Muchos investigadores coinciden en definir al EFQM, como un modelo de criterios que se relacionan entre sí, para alcanzar los mejores resultados. Para (Maderuelo, 2002): “la EFQM propone un modelo constituido por un conjunto de factores o criterios que interrelacionados entre sí definen a una organización teóricamente excelente, capaz de lograr y mantener los mejores resultados posibles” (p.633).

El modelo EFQM no solo es un instrumento de gestión que permite identificar oportunidades de mejora de una organización, también es una herramienta de evaluación para establecer la gestión de la calidad. De acuerdo a (Maderuelo, 2002):

“el Modelo EFQM de Excelencia puede ser considerado como una herramienta de identificación de oportunidades de mejora, pero con la ventaja de que al utilizar un referente permite realizar una evaluación global, en profundidad y sistemática, sin descuidar ninguno de los aspectos importantes que pueden determinar la calidad de la organización” (p.633).

Según los conceptos de la (Fundación Europea de la Gestión de la Calidad, 2003):

Las organizaciones excelentes gestionan, desarrollan y hacen que aflore todo el potencial de las personas que las integran, tanto a nivel individual como de equipos o de la organización en su conjunto. Fomentan la justicia e igualdad e implican y facultan a las personas. Se preocupan, comunican, recompensan y dan reconocimiento a las personas para de este modo, motivarlas e incrementar su compromiso con la organización logrando que utilicen sus capacidades y conocimientos en beneficio de la misma.

Este principio que establece el marco teórico del modelo EFQM, conlleva a que los indicadores del estudio de investigación, requieran reunir información sobre el nivel de reconocimiento y motivación que tiene Essalud con sus trabajadores y en qué medida el personal asistencial y administrativo incrementa su compromiso con los asegurados.

Una de las variables más importantes relacionadas con el desempeño organizacional y la calidad de vida del trabajador de la salud, es la satisfacción laboral, por ello, según (Fernández, 1995): “Los factores que

aumentan la satisfacción incluyen los logros, el reconocimiento, el trabajo en sí mismo, las relaciones interpersonales, factores personales, seguridad y estatus profesional” (p.488).

En cuanto a los fundamentos teóricos del modelo EFQM, para establecer los indicadores de satisfacción del asegurado de Essalud, se requiere medir las necesidades y expectativas de los pacientes, especialmente los que se relacionan con la atención, el trato, confort, información y respeto a sus derechos que tiene en los servicios que recibe.

Para los indicadores que se relacionan con los resultados en la sociedad, se busca identificar el nivel de legitimidad que tiene la Institución con la comunidad. Identificar en qué medida Essalud contribuye a brindar valor social, tanto hacia dentro de la organización, como impactando sobre la sociedad en general, se requiere recopilar indicadores que evalúen el compromiso social de la Institución.

Los indicadores que conciernen a los resultados económicos y financieros, tienen como propósito identificar la situación financiera que viene atravesando el Seguro Social de Salud, se pretende conocer y evaluar los resultados específicos de la ejecución presupuestaria, en qué medida existe un gasto eficiente, si las finanzas son sostenibles en el tiempo y si ésta se conjuga con la capacidad de gestionar la calidad, asimismo se requiere evaluar el crecimiento económico, saber cómo se desarrollan las inversiones y como impactan en la mejora de la calidad de los servicios sobre los asegurados de Essalud.

De acuerdo a (Weiss, 1985) para establecer indicadores de resultados, se tiene tres posibilidades:

- a) buscar medidas existentes, empleadas por otros evaluadores en situaciones similares;
- b) usar medidas múltiples. “Medidas separadas pueden combinarse para formar una medida general del éxito del programa”;
- c) usar medidas aproximadas. Deben

utilizarse las medidas de acuerdo con las metas, si están establecidas a corto, mediano o largo plazo (pp.50-53).

Para realizar la evaluación de los indicadores, requerimos en la investigación medir los efectos de la gestión de las Oficinas de Calidad, haciendo una comparación de los resultados de sus indicadores con los objetivos que inicialmente se plantearon en el proceso de planificación.

3.3. Realización de entrevistas

A partir de la aprobación del proyecto de tesis doctoral, se planificó realizar las entrevistas en tres etapas. La primera etapa, empezó con la elaboración de las preguntas a realizar en la entrevista, para lo cual se escogió como información de referencia a los indicadores de resultados del modelo EFQM.

Como consecuencia de la opinión de los expertos de este tema, se establecieron inicialmente las preguntas generales y abiertas, relacionadas con los cuatro grupos de resultados que espera alcanzar el marco teórico del modelo de la excelencia europeo de la calidad, las preguntas buscaron indagar lo que opinaban los entrevistados sobre los indicadores que están conectados con la satisfacción del asegurado, la satisfacción del personal o profesional de la salud, el impacto social en la comunidad y con los indicadores clave para la sostenibilidad financiera.

Se plantearon los objetivos que debería alcanzar el estudio y se escogieron a los sujetos de la investigación: 3 funcionarios que tomaban decisiones en Essalud y 3 expertos en la gestión de la calidad que conocen a profundidad la gestión de la salud. Luego se estableció el instrumento final para realizar la entrevista, contemplándose grabar las entrevistas, usando un teléfono celular “smartphone” con sistema operativo Android, a través de la aplicación “Grabadora de voz”, verificando la nitidez del audio digital y la capacidad de espacio disponible a utilizar para almacenar las entrevistas y luego transcribirlos.

La segunda etapa, comprendió en realizar la recopilación de los datos a través de las entrevistas, las cuales se realizaron en los meses de junio a julio del año 2017. Teniendo en cuenta que las entrevistas fueron abiertas, existieron temas que exploran otros ángulos del estudio, para ello fue importante seleccionar lo más relevante, lo que estaba relacionado directamente con los resultados de los indicadores de gestión de la calidad, con la finalidad de comprender las causas y la relación de dichos temas.

Las entrevistas fueron coordinadas con cada entrevistado, para lo cual se pactó con antelación las citas de reunión, por medio de correo electrónico, y luego se corroboró mediante teléfono para asegurar la reserva de la cita. Las entrevistas duraron entre 30 minutos hasta una hora, se hizo de conocimiento a los funcionarios y expertos que las entrevistas serían consideradas anónimas, y se procedió a realizar las entrevistas, en las propias oficinas de los entrevistados que laboran en Essalud. Se aprovechó la cercanía de las oficinas para realizar las entrevistas sin ninguna complicación.

Para la tercera etapa, se tuvo que transcribir las seis entrevistas, para lo cual se utilizó el programa “Listen N Write Free”, el cual facilitó escuchar y realizar la transcripción del texto. Luego que se completó la transcripción, se procedió a clasificarla según los temas que se abordaron y se buscó sistematizarla, tratando de agrupar por categorías de información. Finalmente se hizo un análisis de la investigación obtenida, confrontando y triangulando el marco teórico con las entrevistas y con las evidencias documentarias, que publica oficialmente Essalud en el portal web institucional.

3.4. Análisis de la documentación (evidencias)

El análisis documental fue un proceso mediante el cual se oriento a recolectar los datos de fuentes secundarias, con el propósito de obtener datos relevantes. Para nuestro caso, la documentación permitió servir de referencia, para comprender y explicar los resultados de los indicadores del estudio de investigación, relacionado con la evaluación de la gestión de calidad que realizan las Oficinas de Calidad de Essalud.

Dentro de los alcances del análisis documental que se realizó en la presente investigación, se tuvo previsto hacer comparaciones entre los resultados de los datos oficiales que publica regularmente Essalud. En ese sentido, se procedió a recopilar la documentación escrita y digital, se escogió los datos en función del problema de investigación y se tuvo en cuenta el evitar sobre cargar de información innecesaria, siguiendo lo propuesto por (Ander-Egg, 1982), quien señaló que la recopilación documental “constituye una tarea ardua y laboriosa y puede resultar, en algunas ocasiones, un desgaste necesario de energías, especialmente cuando no se ha seleccionado debidamente el material conforme al problema o aspecto que se desea estudiar” (p.213).

La información oficial fue recopilada y consultada, a través de los documentos publicados en el Portal Web Institucional, desde donde accede el público en general y a través de la información publicada en la sección de “Estadística Institucional” de la Intranet de Essalud, desde donde pueden acceder los trabajadores que tienen computadora conectada a las Redes de la Institución. Dichos datos relacionados con los indicadores del estudio, fueron considerados como evidencias documentales, comparándolos con las metas o estándares que deben de alcanzar, así como con el marco teórico y las entrevistas, los cuales podrían darnos un indicio de los logros de la gestión de la calidad en dicha Institución. De esta manera el análisis documental de la presente tesis, cumplió lo señalado por (Bernal, 2006), quien mencionó que la investigación documental: “Consiste en el análisis de la información escrita sobre un determinado tema, con el propósito de establecer relaciones, diferencias, etapas, posturas o estado actual del conocimiento respecto al tema objeto de estudio” (p.111).

Según (Woods, 1987) “las evidencias documentales se vuelven en la principal fuente de obtención de datos para toda investigación”, sin embargo, para nuestra investigación la principal técnica de recolección de información se realizaron con las entrevista a profundidad, las cuales nos han permitido triangular con las evidencias documentales y con el marco conceptual.

Luego de escoger cada uno de los indicadores de resultados, se hizo un inventario de las fuentes de información disponibles, la cual se puede observar en la tabla 5 adjunta. El trabajo de campo tuvo la finalidad de corroborar de manera objetiva el resultado de 8 indicadores, a través de la opinión de los entrevistados. A continuación, se adjunta la relación de la documentación:

Tabla 5

Indicadores de resultados de la investigación con el sustento de la evidencia documental

Categoría	Indicadores de rendimiento	Documento o fuente de información publicada
Satisfacción de los Asegurados	Cantidad de quejas y reclamaciones y su capacidad de gestión	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anuario Estadístico Institucional 2016 y Boletín Estadístico Institucional I Trimestre 2017 de Essalud. ✓ Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016 de Susalud.
	Tiempo de respuesta para recibir las prestaciones de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lista de Oportunidad Quirúrgica 2016 y Promedio de Diferimiento de Citas de Consulta Externa 2016 elaborada por la Gerencia Central de Operaciones de Essalud ✓ Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016 de Susalud.
	Nivel de transparencia de la información para pacientes y familiares	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Memoria Anual de Essalud 2016.
Satisfacción del personal asistencial	Satisfacción y motivación de los trabajadores de Essalud	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016 de Susalud
	Condiciones de la seguridad e higiene en el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sistema Estadístico de Salud 2016 de Essalud
	Nivel de capacitación, formación y desarrollo que recibe los trabajadores	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ejecución Presupuestal de ingresos y egresos de los años 2016 y al I trimestre 2017 de Essalud. ✓ Memoria institucional de Essalud 2015 y 2016
Impacto social en la sociedad peruana	Actividades realizadas en beneficio de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Memoria Institucional de Essalud 2015 y 2016. ✓ Plan Maestro de Essalud al 2021 elaborado por la Gerencia de Planeamiento de Essalud
	Felicitaciones y premios recibidos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Memoria Institucional de Essalud 2015 y 2016. ✓ Plan Maestro de Essalud al 2021 elaborado por la Gerencia de

		Planeamiento de Essalud	
Gestión con indicadores de resultados clave	Productividad de las actividades asistenciales de Essalud	✓	Tablero de Indicadores de Salud 2016 y 2017 publicada por la Gerencia de Planeamiento de Essalud.
	Rentabilidad de Essalud (Sostenibilidad financiera)	✓	Plan Maestro de Essalud al 2021
		✓	Balance General Institucional 2016
		✓	Estudio Financiero Actuarial 2016

El análisis documental realizado en la investigación, se encaminó a evaluar la gestión de la calidad, para ello como parte de la etapa del análisis, se efectuó una evaluación de los puntos débiles y fuertes, que alcanzaron los resultados de los indicadores, con la finalidad de proponer mejoras al mismo. Según lo señalado por (Stufflebeam & Shinkfield, 1995) la evaluación: "es un proceso complejo pero inevitable. Es una fuerza positiva cuando sirve al progreso y se utiliza para identificar los puntos débiles y fuertes, y para tender hacia una mejora" (p.20).

3.5. Organización de la información y la evaluación de los resultados de la gestión de la calidad

A partir de la recopilación de la información de las entrevistas, se procedió a organizarla por categorías y por indicadores, agrupando las respuestas de los entrevistados y relacionando con cada indicador de resultado. Tomando en cuenta las respuestas de los entrevistados, se hizo una segunda clasificación extrayendo los conceptos con argumentos afines, buscando asociar las ideas entre ellas, para luego intentar resumir los conceptos y tener la posibilidad de comparar con el marco teórico de los supuestos.

Para construir los resultados, primero se organizó la categoría "Satisfacción de los asegurados", vinculando con 3 indicadores de resultados. Para cada indicador, se planteó el marco teórico y se estableció una sub categoría para el agrupamiento de las entrevistas, tal como puede observar en la tabla 6:

Tabla 6

Categorización de las entrevistas para comparar con el marco teórico, según la categoría de satisfacción del asegurado y el indicador de quejas y reclamos y capacidad de gestión

Marco Teórico	Sub Categoría	Entrevistas
La satisfacción puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario ". Corbella y Saturno (1990)	Registro de Información	<ul style="list-style-type: none"> • Es difícil conseguir la información, porque no existe personal para hacer el estudio. (E01) • El SERVQUAL no proporciona respuestas precisas de las quejas. Se debe seguir utilizando pero mejorar la metodología de aplicación. (E03, E04, E05) • Los estudios de percepción del usuario y satisfacción del SERVQUAL, complementan al trabajo de registro de las quejas y reclamos. (E04) • Existen herramientas más precisas y especializadas para identificar los temas de satisfacción dirigido a la gestión de salud (E03)
señalan que las quejas son "Verdaderos rastreadores o pistas en la búsqueda de las causas - raíz que permiten reconocer los hechos, identificar eventos adversos e indicar acciones o recomendaciones concretas, para la mejora de los sistemas de salud". Fajardo y Hernández (2009)	Problemas con las quejas	<ul style="list-style-type: none"> • No se prioriza la programación quirúrgica cuando existe una emergencia. (E01) • No todas las quejas tienen las mismas causas (E02) • Las 3 primeras causas de quejas son cuando los pacientes que no obtienen una atención médica, cuando la atención no es oportuna y a la mala calidad de atención (E03) • Existen agrupaciones de quejas muy amplias, que no te permiten identificar el cuello de botella. (E04)

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las entrevistas realizadas en la investigación

Primero evaluamos el indicador "Quejas y reclamos y capacidad de gestión", utilizando el instrumento, el cual nos permite comparar con el resumen de las respuestas de los entrevistados (E01, E02, E03, E04 y E05). Para ello, se consolida las respuestas más relevantes que se relacionan con el indicador y son agrupadas convenientemente en las sub categorías: "Registro de Información" y "Problema de gestión de quejas".

Para iniciar la triangulación de conceptos entre el marco teórico, las respuestas de los entrevistados y la evidencia documentaria de los indicadores, se sintetiza de manera resumida las entrevistas, y se acopia los resultados cualitativos de los indicadores, según se muestra en la tabla 7 siguiente:

Tabla 7

Triangulación de las entrevistas para comparar con las evidencias documentales y el marco teórico, según la categoría de satisfacción del asegurado y el indicador de quejas y reclamos y capacidad de gestión

Marco Teórico	Resumen de Entrevistas	Evidencia documental de resultado de indicadores
Las quejas permiten reconocer los hechos, identificar eventos adversos e indicar acciones o recomendaciones concretas, para la mejora de los sistemas de salud". Fajardo y Hernández (2009)	<p>Si bien es cierto se registran las quejas y reclamos de los pacientes, existen problemas para identificar sus causas y hacer seguimiento.</p> <p>Las 3 primeras causas de quejas son cuando los pacientes no obtienen atención médica, cuando la atención no es oportuna y a la mala calidad de atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los reclamos de los pacientes disminuyeron en 15% en el año 2016 (76,307), respecto al año 2015 (90,271), para una población de 10 millones 937 mil asegurados. • En el año 2016 se registró una tasa de 70 reclamos por cada 10,000 afiliados, siendo una tasa alta comparada con las clínicas privadas que tuvieron 34 reclamos por 10,000 afiliados. • La tasa con menores reclamos lo obtuvo las AFP en el año 2016, con 2.5 reclamos por 10,000 afiliados, mientras que los bancos obtuvieron una tasa de 14.3 por 10,000 afiliados en el mismo año. • El 73.1% de los pacientes que reclamaron en Essalud tuvieron como causa a la demora en la prestación del servicio (29.2%), no obtuvieron atención (23.1%) y recibieron una inadecuada atención (20.9%).

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las entrevistas realizadas en la investigación

Para el proceso de triangulación se compara el marco teórico con el resumen de las entrevistas, buscando que exista coherencia y relación entre ambos conceptos, luego se tomar las entrevistas y se contrasta con los resultados cualitativos del indicador. Si se encuentra que los resultados del indicador no son adecuados, esta información de complementa con lo que señalan las entrevistas y con el enunciado del marco teórico.

3.6. Evolución del plan de gestión de la calidad

El modelo de la gestión de la calidad en el sector salud, inició su proceso normativo en el año 2006, con la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, a través del cual se aprobó el "Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".

En el año 2007 se formuló la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de IPRESS y Servicios Médicos de Apoyo, a través de la Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprobó la "Norma Técnica de Salud" N° 050-MINSA/DGSP V.02 y sus modificatorias. Recién en el año 2009

se aprobó el Documento Técnico: “Política Nacional de Calidad en Salud”, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, en la que se define las políticas para su aplicación en el sector salud.

En el caso de Essalud, la primera disposición normativa en el tema de la gestión de calidad, se emite el año 2011, aprobándose la Directiva N° 001-PE-ESSALUD-2011, a través del cual se establece la normatividad para aplicar a la “Organización del Sistema de Gestión de Calidad y Seguridad del paciente en los Servicios de Salud en el Seguro Social de Salud-ESSALUD”, la cual fue aprobado por la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 307- PE-ESSALUD 2011.

La evolución de las normas relacionadas a la gestión de la calidad en Essalud, han sido graduales durante los años 2012, 2013 y 2014, donde se formularon planes de gestión de la calidad, pero que no tuvieron un impacto importante, debido a la falta de capacitación y de recursos, los cuales aún han sido insuficientes para implementar la gestión de calidad con resultado exitoso.

3.7. Resultados de la evaluación

Luego de explicar la metodología desarrollada en la investigación, pasamos a exponer el análisis de los resultados conseguidos, después de la aplicación de las entrevistas y de la respectiva organización de la información.

En ese sentido, a partir de los supuestos de investigación se establecieron cuatro categorías, cada uno con sus respectivos indicadores de rendimiento, con la finalidad de encontrar los resultados derivadas de las entrevistas.

3.7.1. Resultado de evaluación según satisfacción de los asegurados

La satisfacción de los asegurados está directamente relacionada con la reducción de los reclamos y quejas que manifiestan sus pacientes, la cual en su gran mayoría se debe a la falta de oferta, existencia de colas y de diferimiento de citas, siendo la espera, el principal problema asociado a la insatisfacción del asegurado. Uno de los entrevistados señala la relación existente entre los reclamos y la insatisfacción en Essalud:

Creo que el gran problema de los reclamos, diría que para el 90% de los asegurados, es la falta de oferta, ósea las colas, el diferimiento de citas, que se producen en el servicio de salud. La espera es probablemente el principal problema, hay una brecha fuerte, entre la oferta existente y la demanda real (E04)

Se puede relacionar esta respuesta con lo que señala (Hernández-Torres, Aguilar-Romero, Santacruz-Varela, Rodríguez-Martínez, & Fajardo-Dolci, 2009) quien define lo siguiente: “Cuando la calidad de la atención médica se ve deteriorada, por el cúmulo de errores que suceden durante su prestación, y el usuario lo percibe, generalmente al no tolerarlo, éste experimenta la sensación de insatisfacción” (p.29). En ese sentido, se puede deducir que una gestión acertada que disminuya y elimine los errores, durante la prestación del servicio de salud, contribuirá decididamente en el incremento de la satisfacción del asegurado.

Otro de los funcionarios entrevistados de Essalud, señala que la satisfacción del asegurado en los servicios de salud, están condicionadas por la demanda y la programación asistencial, en la medida que ésta última no se cumple, cuando es interrumpida por una atención de mayor complejidad, se ven obligados a dejar de atender a los pacientes programados, hasta esperar a que exista otro turno disponible para que pueda ser atendido, lo cual ocasiona una insatisfacción al paciente por la falta de oferta:

Nuestros problemas son más por la programación quirúrgica, es que a veces viene un paciente que ya está programado pero viene una emergencia, entonces a veces ese paciente se desprograma por la prioridad. La programación se afecta por la demanda, priorizamos más la demanda, que por la atención y satisfacción que recibe el paciente, mas es por la disponibilidad de turnos. (E01)

Se observa semejanzas entre esta respuesta y la anterior porque ambos, consideran que la insatisfacción de los pacientes son originados por la espera de la atención del paciente, en este caso se refleja cuando el asegurado fue programado y tiene cita previa, pero también se afrontan casos cuando el asegurado requiere atención, pero no le es posible conseguir una cita, o consigue cita diferida para varios meses posterior a su necesidad de salud actual, lo cual suma a la insatisfacción y mala imagen que tiene del servicio que le brindan.

Varios conceptos se han revelado en este estudio, dependiendo del nivel de conocimiento y experticia del entrevistado. El enfoque que tiene el experto en gestión de calidad, sobre las expectativas de los pacientes plantea lo siguiente:

Existen elementos que determinan la expectativa, que son determinantes, que ocasionan y explican cómo se produce la expectativa, como surge ésta en el usuario. Luego cuando el usuario ya tiene experiencia de atención en el servicio, pasa por lo que se llama la percepción, una cosa es lo que yo espero y otra cosa es lo que yo constato o percibo [...] El usuario espera algo sobre la atención en el servicio y luego lo compara con la forma en que recibe el servicio en forma real, y ahí tiene que ver como lo tratan de manera efectiva a la Institución que va, tiene que ver con el comportamiento del profesional que lo atiende, y tiene que ver si se solucionan o no los problemas que él esperaba. (E02)

Este enfoque se relaciona con lo que plantea (Aguirre-Gas, 2002), de cómo debe orientarse la calidad de atención, para satisfacer las necesidades de salud de los pacientes: “Otorgar atención médica al paciente, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que le permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”. Además al mencionar la competencia profesional en la calidad de la atención, de alguna manera tiene que ver, de cómo el profesional de la salud contribuye con la satisfacción del paciente, cuando le soluciona los problemas, según la percepción que tiene éste.

Los entrevistados concuerdan que se requiere contar con información, para medir la satisfacción y las expectativas de los pacientes, sin embargo, la funcionaria de la Oficina de Calidad de uno de los establecimientos con mayor nivel de complejidad de Essalud, describe que existen dificultades para disponer de dicha información, porque no existe recursos humanos que se dediquen a conseguirla:

En el caso de la satisfacción de usuario, es muy difícil conseguir la información, porque no existe personal para hacer los estudios. (E01)

El experto en gestión de calidad recomienda en la entrevista, utilizar el método o modelo SERVQUAL, para conocer en general los niveles de la calidad del servicio y particularmente conocer las expectativas que tienen los usuarios, tomando como referencia estándares con los cuales medir y comparar:

Lo que hace SERVQUAL es comparar percepciones versus expectativas, la expectativa es la base, el punto de referencia, porque siempre en calidad lo que tenemos es un parámetro, un estándar, contra el cual se compara la atención efectiva o real, que uno está examinando [...] Esta expectativa la analiza también en el sentido, de que ésta depende, de que le han contado otros usuarios, depende de que comunique la institución

respecto a su servicio, que ha experimentado en otras atenciones anteriores. (E02)

Sin embargo, el funcionario entrevistado que cumple funciones normativas en la Sede Central de Essalud, considera importante aplicar el SERVQUAL para evaluar varias dimensiones del servicio, pero que existen errores en el servicio, que no son representados con el referido instrumento, por ello considera importante adicionalmente registrar las quejas y reclamos:

El SERVQUAL es un instrumento que te mide satisfacción del usuario, bajo ciertos parámetros, te evalúa Recursos Humanos, Organización, Competencia, varias dimensiones del servicio, pero es un estudio o instrumento para ser evaluaciones, no es un instrumento para recibir quejas o reclamos [...] Las encuestas de percepción y de satisfacción SERVQUAL miden dimensiones estándar, pero hay muchos errores que no necesariamente caen o se tipifican bien en ese estándar. Los estudios de percepción del usuario y satisfacción, complementan al trabajo de registro. (E04)

Por otro lado, otro funcionario de la Oficina de Gestión de la Calidad, coincide con el anterior entrevistado, al señalar que el actual SERVQUAL que utiliza el MINSA, no reúne toda la información necesaria para gestionar la calidad:

SERVQUAL es una encuesta muy gruesa, bastante detallada que se divide en dos partes, en percepción y otra subjetiva, tiene como cuarenta preguntas, y es muy extensa y realmente no genera lo que realmente quisiéramos, una respuesta que pueda ser gestionable. [...] Para poder gestionar con el tema de satisfacción, dentro de la estructura de SERVQUAL, no me identifica muy bien, por ejemplo el servicio y la persona, no me permite ver en qué proceso de toda la gestión se cayó la satisfacción. [...] El SERVQUAL te ayuda o te da un bosquejo de

cómo hacer un tema de encuesta para satisfacción, pero creo que actualmente hay herramientas más precisas. (E03)

Podemos deducir de la opinión de los tres entrevistados (E02, E03 y E04), que consideran a SERVQUAL como una herramienta útil para la evaluación y medición de la satisfacción de los pacientes, pero que concluimos que, es necesario complementarlo con el registro de las quejas y reclamos, para contar con mayor precisiones para gestionar la insatisfacción del paciente.

Por otro lado, haciendo una revisión de las evidencias documentarias, en relación a la evaluación del indicador de satisfacción de los asegurados de Essalud, se tiene la tabla 8 adjunta:

Tabla 8

Grado de satisfacción del usuario de consulta externa, por el servicio que le brinda la IPRESS, año 2016

Institución	Satisfecho	Insatisfecho	Ninguno	Total
Nacional	73.9	5.9	20.2	100.0
Minsa - GR	66.7	7.6	25.7	100.0
Essalud	74.9	6.0	19.1	100.0
FFAA y PNP	80.9	3.3	15.8	100.0
Clínicas	89.7	2.0	8.3	100.0

Fuente: Elaboración propia (2017) sobre la base de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud para SUSALUD (2016)

Según la encuesta realizada en el año 2016 por el INEI, a solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), los estudios señalan que el 74.9% de los usuarios de consulta externa en Essalud, declaran estar satisfechos de los servicios que reciben. Dicho resultado muestra que la Institución presenta un resultado superior al promedio del sector salud (73.9%) y al del Ministerio de Salud (66.7%), pero sigue siendo inferior al indicador de satisfacción de las clínicas privadas (89.7%) y de las FFAA y PNP (80.9%).

En ese sentido, a partir de los resultados de la encuesta de satisfacción realizada por SUSALUD, podemos señalar que en Essalud existe una cantidad importante de asegurados insatisfechos. En el año 2016 se atendieron en los servicios de consulta externa de Essalud, un total de 5 millones 552 mil 409 asegurados. Si el indicador de insatisfacción de los usuarios en Essalud representa al 6.0% del total de los que utilizaron los servicios de consulta externa, podemos deducir y afirmar que se tendría identificado un total de 333 mil 145 asegurados insatisfechos, tal como se muestra en la tabla 9 a continuación:

Tabla 9

Número de asegurados del servicio de consulta externa de Essalud, según grado de satisfacción del usuario, año 2016

Grado de Satisfacción	Número de Asegurados	%
Total de Consultantes Atendidos	5,552,409	100%
Satisfechos	4,158,754	74.9%
Insatisfechos	333,145	6.0%
Ninguno	1,060,510	19.1%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los registros de estadística de Essalud (2016)

Podemos señalar, que aún son insuficientes las acciones y medidas implementadas en la gestión de la calidad de Essalud, que se hayan orientado a mejorar la satisfacción de los asegurados. Una de las acciones principales que debe fortalecerse mucho más, es la gestión de las quejas y reclamos, dado que es un insumo importante para optimizar los procesos y que está directamente relacionado con la satisfacción del servicio.

3.7.1.1. Evaluación de expectativas, quejas y reclamos

La mejora de la calidad de los servicios exige intervenir sobre las causas que generan las quejas y reclamos de parte de los pacientes y asegurados de Essalud. Gestionar las quejas y reclamos es una acción imperativa que deben realizar los gestores en salud, orientando a disminuirla y mantener satisfechos a sus usuarios. En la entrevista realizada al experto en gestión de calidad de Essalud, opina que es primordial identificar y clasificar convenientemente las causas de las quejas:

No todas las quejas son por las mismas causas, no todas las quejas son del mismo tipo, entonces habría que disgregar las quejas por tipo y luego ir a los factores que la determinan y las causas de fondo, las causas de las raíces como se suelen decir, que producen las quejas, para poder hacer intervenciones en ellas. (E02)

La respuesta del experto de Essalud, se puede corresponder con lo señalado por (Hernández-Torres, Aguilar-Romero, Santacruz-Varela, Rodríguez-Martínez, & Fajardo-Dolci, 2009) quien define a la queja de la siguiente manera: “Las quejas son verdaderos rastreadores o pistas en la búsqueda de las causas-raíz, que permiten conocer lo ocurrido, identificar eventos adversos e indicar acciones o recomendaciones concretas, para la mejora de los sistemas de salud” (p.28). De tal manera, se deduce que una gestión de la calidad exitosa, busca identificar las quejas y los eventos adversos de los pacientes, para convertirlos en intervenciones o acciones que contribuyen a mejorar la gestión de salud y crecimiento de de la satisfacción del asegurado.

Según señala y complementa el experto en gestión de calidad, se requiere contar con una estructura en la organización, que además de identificar las expectativas y quejas de los asegurados, se realicen intervenciones sobre estas percepciones y se tomen decisiones de gestión para transformar dicha realidad:

Me parece que no hay una estructura en Essalud, que se dedique a examinar las percepciones y expectativas del usuario y transforme sucesivamente estos temas, que reflejan estas brechas, [...] pero no hay un proceso estructurado que permita transformar expectativas y quejas del usuario, en decisiones de gestión, en intervenciones que se orienten al cambio de estas percepciones. (E02)

Adicionalmente el experto señala que en Essalud existe mucha experiencia de años en el recojo de información de quejas y reclamos, sin embargo, es aún insuficiente el trabajo de investigación, que se ha realizado sobre las causas de las quejas:

El parámetro quejas es un indicador interesante, probablemente no el único, pero hay que ver una forma de categorizar las quejas por tipo, para poder investigar sus causas. El Seguro Social ha tenido una experiencia interesante con Defensoría del Asegurado, en una época en donde se procesaban todas las quejas, pero se procesaban en bloques no por categorías, entonces al no trabajarse por categorías, no es posible luego investigar cuales son las causas. (E02)

Asimismo el experto, incide en señalar la importancia de monitorear e intervenir las quejas de los pacientes, a través de una estructura organizacional de Essalud, que tome decisiones y resuelva las quejas que se presenten:

Debe haber un organismo, una organización detrás de quienes recogen las quejas, que tenga acceso a quienes toman decisiones, para que después de que la queja este hecha, pueda darse una salida, es decir, se recibe una queja se analiza y luego se discute que intervención se va a hacer, para que en verdad lo que opina el usuario, pueda luego ser transformado en una solución, una acción. (E02)

Las respuestas del experto en gestión de calidad, coinciden con la opinión que formula el funcionario normativo de la Sede Central de Essalud, quien señala que la Institución aún adolece de la forma de cómo se gestiona dicha información. No existe integración entre los funcionarios y los servicios, para monitorear las quejas o reclamos, existe respuesta a las quejas, pero es básicamente reactiva, para que no desborde y se complique. A decir del funcionario, no existen mejoras en los procesos:

Se evidencia que falta todo un sistema, que en base a un reclamo o una queja se retroalimente, mejore el procedimiento y el proceso. Eso no existe, lo que sucede es se trata de solucionar la queja y reclamo, para que no convierta en escándalo, ni se convierta en un tema judicial o contencioso. Pero no hay esa retroalimentación, de gestionar el reclamo como algo que debe mejorarse en los procesos. Esto involucra no solo a la voluntad del gestor o del funcionario que está siguiendo el reclamo, sino involucra compromisos en todo el sistema y todos sus componentes, desde el que está en guardianía hasta el director. (E03)

De las respuestas del experto de gestión de la calidad y del funcionario normativo, podemos señalar que no solo debe recopilarse las quejas y los reclamos de los pacientes, sino que debe existir una estructura organizacional, que además de categorizar las quejas y reclamos, se identifiquen las causas, intervenir de manera preventiva las quejas, para que no vuelva a suceder dichas ocurrencias, con el compromiso de los servicios y de los funcionarios, y con la mejora de los procesos que se relacionan con la misma.

Como parte de la evaluación objetiva de los resultados de los indicadores de las quejas y reclamos, se ha recopilado las evidencias documentales de las fuentes de información, con la finalidad de triangular con las entrevistas. Dentro de la revisión de las evidencias relacionadas con la evaluación del indicador de quejas y reclamos, se presenta los resultados de la encuesta de Susalud, en la tabla 10 adjunta:

Tabla 10

Porcentaje de usuarios de consulta externa que presentaron reclamo o queja ante problema, según institución, año 2016

Institución	No	Si
Nacional	79.7	20.3
Minsa - GR	82.3	17.7
Essalud	80.4	19.6
FFAA y PNP	80.1	19.9
Clínicas	54.1	45.9

Fuente: Elaboración propia (2017) sobre la base de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud para SUSALUD (2016)

Se puede apreciar que Essalud en el año 2016, tuvo un 19.9% de usuarios de los servicios de consulta externa que presentaron reclamo o queja ante un problema. Dicho resultado de Essalud es casi similar al promedio nacional que tuvo 20.3%, pero muy inferior al resultado que obtienen las Clínicas privadas que tuvieron 45.9% de reclamos del total de sus usuarios. Según como se mostró en la tabla No 8, en dicho año se atendieron 5 millones 552 mil 409 asegurados en los servicios de consulta externa de la Institución, de lo cual deducimos que en Essalud habrían presentado su queja 1 millón 104 mil usuarios.

Para realizar una evaluación general de la gestión de los reclamos de los pacientes asegurados de Essalud, la encuesta realizada por Susalud identifica la percepción de los usuarios, respecto a si su reclamo fue resuelto, teniendo a continuación los siguientes resultados en la tabla 11:

Tabla 11

Percepción de los usuarios sobre la solución de problemas que motivo el reclamo, según institución, año 2016

Institución	Totalmente	Parcialmente	Nada	Total
Nacional	28.2	21.9	49.9	100
Minsa - GR	21.0	20.5	58.5	100
Essalud	29.2	20.2	50.6	100
FFAA y PNP	5.8	59.9	34.3	100
Clínicas	55.3	16.6	28.1	100

Fuente: Elaboración propia (2017) sobre la base de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud para SUSALUD (2016)

Según los resultados de la encuesta, el 29.2% de los usuarios de Essalud que presentaron reclamos, declaran que sus problemas fueron resueltos totalmente. Este resultado nos indica que el Seguro Social arroja un resultado casi similar al promedio del sector salud (28.2%) y por encima del Ministerio de Salud (21.0%), pero inferior a la buena gestión de reclamos que realizan las clínicas privadas (55.3%).

Por otra parte, de acuerdo a los registros administrativos que cuenta Essalud, el año 2016 se consignó un total de 76,307 reclamos, siendo 16% menor a los reclamos registrados en el año 2015. Esto significa que en el 2016 a nivel nacional en el Seguro Social obtuvo una tasa de 137 reclamos por 10,000 consultantes atendidos, reduciéndose levemente respecto a la tasa del año 2015, que obtuvo 167 reclamos por cada 10,000 consultantes. La Red Asistencial Almenara obtuvo la tasa más alta a nivel de Redes, obteniendo la tasa de 232 reclamos por cada 10,000 pacientes atendidos, muy superior al promedio nacional y a las Redes de Provincias que alcanzó la tasa de 90 reclamos por cada 10,000 pacientes atendidos. A continuación se muestra la tabla 12 con las tasas de reclamos:

Tabla 12

Variación de la tasa de reclamos por 10,000 consultantes que fueron atendidos en Essalud, años 2016 - 2015

Redes	Nº de Reclamos		% Var. Reclamos	Nº Consultantes Atendidos		% Var. Consultantes Atendidos	Tasa reclamos x 10,000 consultantes /1		% Var. Tasa reclamos
	Año 2015	Año 2016		Año 2015	Año 2016		Año 2015	Año 2016	
Nivel Nacional	90,271	76,307	-15.5%	5,402,872	5,552,409	2.8%	167	137	-17.7%
Redes de Lima	58,813	49,526	-15.8%	2,544,227	2,592,845	1.9%	231	191	-17.4%
Red Rebagliati	23,022	18,717	-18.7%	948,443	979,944	3.3%	243	191	-21.3%
Red Almenara	19,827	16,520	-16.7%	738,853	711,068	-3.8%	268	232	-13.4%
Red Sabogal	15,288	13,787	-9.8%	850,009	895,341	5.3%	180	154	-14.4%
INCOR	676	502	-25.7%	6,922	6,492	-6.2%	977	773	-20.8%
Redes Provinc	31,458	26,781	-14.9%	2,858,645	2,959,564	3.5%	110	90	-17.8%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los registros de estadística de Essalud (2016 y 2015)

/1 La tasa de reclamos por 10,000 consultantes = (Nº de reclamos / Nº de Consultantes Atendidos)*10,000

Si analizamos que en todo el año los pacientes tienen alrededor de 300 días disponibles, para que los pacientes registren sus reclamos, entonces se

registró un promedio diario de 301 reclamos el año 2015, mientras que en el 2016 se registró 254 reclamos como promedio diario.

Para revisar y analizar los reclamos por tipos, que se registraron en los años 2015 y 2016, se tiene la siguiente tabla 13:

Tabla 13

Total de reclamos según tipos registrados en Essalud, años 2016 - 2015

TIPOS DE RECLAMOS	2015	2016	Var 2016 - 2015	% 2016	% 2016 Acum
Total de Reclamos	90,271	76,307	-15.5%	100.0%	
Demora en la prestación del servicio	25,634	22,278	-13.1%	29.2%	29.2%
No se obtiene citas ni atención al servicio	21,945	17,628	-19.7%	23.1%	52.3%
Inadecuada atención lo relacionado con la calidad de la prestación del servicio	14,837	15,911	7.2%	20.9%	73.1%
Otros	10,196	6,889	-32.4%	9.0%	82.2%
Falta de medicamento, insumo medico, reactivo, material médico o equipamiento	5,657	3,765	-33.4%	4.9%	87.1%
Incumplimiento de citas o de horario establecido	4,503	3,964	-12.0%	5.2%	92.3%
Descortesía en el profesional de la salud	3,402	3,798	11.6%	5.0%	97.3%
Deficiente acceso a la información de la prestación de salud	3,039	1,717	-43.5%	2.3%	99.5%
Base de datos de afiliación no actualizada	1,058	357	-66.3%	0.5%	100.0%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los registros de estadística de Essalud (2016 y 2015)

Analizando los tipos de reclamos que realizaron los pacientes de Essalud en el año 2016, podemos deducir que los casos más reclamados por sus asegurados están relacionados con la demora de la atención, con la falta de cupos de citas disponibles y con la inadecuada atención. Entre estos tres tipos de reclamos, se tiene el 73.1% del total de los reclamos de dicho año.

Los resultados relacionados con los casos que reclaman los asegurados, coinciden con lo señalado por los entrevistados, se evidencia que falta mejorar sustancialmente los procesos de gestión de reclamos. Se requiere fortalecer la organización, estructura y sincronización de los procesos de gestión de reclamos, asignando de responsabilidades y compromisos a todo el personal de salud del establecimiento sanitario, tanto del director, de los funcionarios, profesionales y de la guardianía, de tal manera se involucren

de manera adecuada, para brindar una atención de buena calidad a los pacientes.

3.7.1.2. Evaluación del tiempo de respuesta para recibir las prestaciones.

El tiempo de respuesta que espera el paciente para recibir las prestaciones de salud, es un indicador muy importante que influye notablemente sobre la percepción que tiene el paciente sobre los servicios que recibe. En Essalud a decir de la funcionaria de la Oficina de Calidad, los procesos administrativos y asistenciales están fragmentados, lo cual conlleva a que la información complementaria que requiere el paciente para la atención médica, no se obtenga en el tiempo óptimo. Los asegurados esperan que tanto el proceso administrativo y asistencial sea ágil y rápido, al no encontrar una respuesta inmediata, percibe que las cosas no funcionan como quisieran, lo cual le genera una insatisfacción por el servicio que recibe en Essalud, a continuación, la funcionaria relata lo siguiente:

Las veces que revisamos las discapacidades o el reembolso tenemos retrasos, debido al sistema administrativo tan lento y caótico que existe, que influye sobre la insatisfacción del paciente, porque no contempla la obtención de documentos y respuesta en su momento adecuado. Entonces, tenemos dos procesos lentos y divididos, el sistema administrativo y el sistema asistencial, cada uno trabajando como una isla, el sistema documentario que tenemos es muy precario, que no determina una respuesta en el momento que lo requiere el asegurado, entonces encontramos dos temas de insatisfacción muy claves y que al final se unen y dan un solo resultado. (E03)

Por otro lado, según lo mencionado por el experto en gestión de calidad, en los hospitales de Essalud se identifican problemas que repercuten sobre el tiempo de respuesta para la atención de las prestaciones de salud, especialmente en la gestión de enfermedades de los pacientes, debido a que

no existen criterios específicos para priorizar su diagnóstico y tratamiento. No se tiene mapeado el flujo que siguen los pacientes, por tipos o grupos de enfermedades, tal como lo explica el experto a continuación:

Si bien Essalud es una Institución bastante grande y que muchas cosas se trabaja de una forma bastante estructurada, tenemos muchos problemas de proceso que son bastante complejos. [...] Se necesita por cada tipo de enfermedades definir sus flujos, ya no solamente de cómo se diagnostica o como se trata la enfermedad, sino del flujo que el paciente sigue, desde que llega hasta que está curado. (E02)

Asimismo, el experto complementa que existen tratamientos de enfermedades que dependen del tiempo, en la medida que el tiempo pasa y si el paciente no es tratado oportunamente, la enfermedad lo daña paulatinamente:

Un paciente con cáncer, en diversos hospitales tiene una demora de medio año, hasta año dos meses ó año y medio; me parece que es excesivo, para un paciente cuya enfermedad depende totalmente del tiempo, la evolución del paciente desmejora mientras más tiempo pase. (E02)

El experto continua analizando, que para optimizar y disminuir el tiempo de atención del paciente al mínimo necesario, es preciso establecer las guías de flujo de los pacientes, los cuales van a permitir ordenar el flujo, estableciendo la ruta, con un procedimiento definido y el tiempo promedio de duración, que debe tomar el tratamiento en cada tipo de enfermedad. El especialista señala a continuación:

Si el paciente entra por emergencia o entra por consulta, tiene una ruta que esta previamente definida, cada paso de esa ruta se define en las “Guías del flujo del paciente”, el proceso tiene cada uno de sus pasos y en cada paso quien debe hacer esa

actividad y cuánto debe durar, para tratar de reducir al mínimo todo el tiempo. (E02)

El experto finalmente completa la idea, sobre el tiempo promedio que debería tomar las intervenciones quirúrgicas, dependiendo de la gravedad del caso, que afecte al paciente, si se le diagnostica cáncer, el tiempo de respuesta al paciente para la operación debe ser menor que si fuera vesícula, explicando a continuación:

La operación de más frecuencia en todo el mundo es la cesárea y la que sigue es la de vesícula. Existe una cantidad enorme de demanda para la vesícula [...] se deben diferenciar las cosas, hay problemas que se deben resolver inmediatamente, como el cáncer, en cambio si usted tiene várices o usted tiene problemas de la vesícula, puede esperar algún tiempo. Entonces en promedio, por ejemplo, la vesícula toma 55 días para una operación en España, mientras que una operación por cáncer es de 11 días, ósea el tope no pasa de 11 días, frente a la cantidad de meses, el tiempo es mínimo. (E02)

De alguna manera lo señalado por el experto, coincide con lo manifestado por la funcionaria de la Oficina de Calidad, quien señala que es necesario revisar los procesos asociados al ingreso del paciente al hospital, para disminuir los temas críticos que afecta sobre la percepción que tienen los pacientes:

La mayor insatisfacción de las quejas, en su prioridad, se da cuando los pacientes no encuentran una cita para las diferentes especialidades, y de ahí ya surge muchos indicadores como el diferimiento, entonces, se debería reestructurar los procesos del ingreso del paciente, verificar los tiempos y determinar los puntos críticos, que ayuden a disminuir, por lo menos, la percepción que tiene el paciente, si puede ingresar al hospital y

si puede recibir una atención a tiempo cuando él lo necesite.
(E03)

Adicionalmente, según lo señalado por el especialista del Ministerio de Salud, advierte la necesidad de mejorar el tiempo de permanencia del paciente en el establecimiento:

Creo que debemos de mejorar el tiempo de permanencia hospitalaria o en el establecimiento, porque dentro de la cadena del proceso para brindar la prestación de salud, debemos medir más bien el tiempo de permanencia. (E05)

Para evaluar de una manera más objetiva, los resultados del tiempo de respuesta que esperan los pacientes de Essalud para recibir las prestaciones, se recopiló como evidencia documental, los resultados de la encuesta realizada por Susalud, relacionados con los tiempos de espera, según se muestra en la tabla 14 adjunta:

Tabla 14

Tiempo promedio en diferentes procesos realizados por el usuario de Consulta Externa, según Institución, año 2016

Institución	Desde que ingresó a la IPRESS, ¿cuánto tiempo demoró para que lo atendieran en la consulta? (En minutos)	¿Cuánto tiempo transcurrió, desde que ingresó hasta que salió del consultorio médico? (en minutos)	Tiempo promedio de programación de cita. (en días)
Nacional	101	12	13
Minsa - GR	135	12	14
Essalud	80	11	14
FFAA y PNP	64	11	13
Clínicas	57	15	6

Fuente: Elaboración propia (2017) sobre la base de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud para SUSALUD (2016)

De acuerdo a la información presentada, los usuarios de Essalud se demoran un tiempo promedio de 80 minutos para ser atendidos en consulta externa. Esto significa que el Seguro Social tiene un mejor resultado al promedio del sector salud (101 minutos) y al Ministerio de Salud (135

minutos), pero superado por una mejor gestión de tiempo de atención de las clínicas privadas (57 minutos).

Asimismo, se aprecia que los médicos de los servicios de consulta externa en Essalud, se demoran 11 minutos como tiempo promedio para brindar atención a sus pacientes, este resultado es similar en la mayoría de las instituciones, pero las clínicas privadas sus médicos dedican 15 minutos en promedio, ósea más tiempo en atender a sus pacientes.

Para conseguir una cita para atención médica en el servicio de consulta externa, no es fácil alcanzar en Essalud, por ello sus asegurados que no obtuvieron cita en el día que lo solicitaron, esperan 14 días en promedio para obtenerla. En ese sentido, este resultado es similar con el Ministerio de Salud, sin embargo, muy por debajo de las clínicas privadas, cuyos pacientes, en promedio esperan 6 días.

Por otro lado, la Institución como parte de la gestión y control de los tiempos de atención a los pacientes, recopila información sobre los diferimientos de las citas de consultas externas que se brindan en los establecimientos de salud de Essalud. Según lo señalado por (Herzoza, 2006) "El diferimiento es el tiempo prolongado en días, que el paciente debe esperar desde que el momento que obtiene la cita y el tiempo que es atendido". Essalud en el año 2016 y en la actualidad viene registrando dicho tiempo promedio de espera de las citas de consulta externa, para ello utiliza en la mayoría de los hospitales un sistema informático antiguo llamado Sistema de Gestión Hospitalaria (SGH), el cual es un sistema que no reúne las condiciones de seguridad, según los estándares en la actualidad. A través del citado sistema, se recoge el tiempo que esperan los pacientes del Seguro Social, que son referidos de los establecimientos del primer nivel de atención hacia los hospitales de mayor complejidad de los niveles II y III, para recibir la atención de la cita en el servicio de consulta externa.

Según los registros administrativos que cuenta Essalud al cierre del año 2016, se consignó un tiempo promedio de 12.3 días de espera, para que

los pacientes referidos del Primer Nivel de Atención consigan una cita de consulta externa referida a los hospitales de Segundo y Tercer Nivel. Dicho tiempo registrado en Essalud, es similar al resultado de la encuesta de satisfacción de Susalud del año 2016 de 14 días promedio para que el paciente obtenga la cita.

Sin embargo, analizando el tiempo promedio de espera de citas por especialidad médica, nos brinda una mejor idea de la demora que padecen los pacientes en las especialidades médicas de Consulta Externa, en donde se puede apreciar que algunos de ellos superan los 60 días de espera, tal como son los servicios de Neuroradiología, Patología del Desarrollo y Citopatología y Citogenética, que sumando entre estas tres especialidades se tiene 506 pacientes que esperan no menos de 60 días para ser atendidos. Otra especialidad que llama la atención por la demora, es Endocrinología que registra un total de 24,037 pacientes que esperan un tiempo de 40.1 días de promedio de espera para su atención. A continuación se muestra la tabla 15 con los tiempos de espera de las especialidades médicas de Consulta Externa registradas en el Sistema de Gestión Hospitalaria de Essalud:

Tabla 15

Promedio de tiempo de espera de las citas de los pacientes de Consulta Externa, según especialidades médicas de Essalud, diciembre del año 2016

Especialidades Médicas de Consulta Externa	Número de Pacientes en Espera	Porcentaje (%) de Pacientes	Número Total de Días de Espera	Promedio Tiempo de Espera Nacional
NEURORADIOLOGIA	309	0.03%	19,279	62.4
PATOLOGIA DEL DESARROLLO	68	0.01%	4,132	60.8
CITOPATOLOGIA Y CITOGENETICA	129	0.01%	7,830	60.7
NEURO-TRAUMATOLOGIA	979	0.10%	57,836	59.1
PATOLOGIA MAMARIA	914	0.09%	52,322	57.2
GENETICA	64	0.01%	2,942	46.0
ALERGIA	574	0.06%	24,379	42.5
ENDOCRINOLOGIA	24,037	2.34%	965,406	40.2
PSIQUIATRIA	13,363	1.30%	519,637	38.9
HEMATOLOGIA	6,215	0.61%	223,105	35.9
REUMATOLOGIA	20,167	1.97%	698,408	34.6
NEFROLOGIA	11,155	1.09%	385,441	34.6
REHABILITACION PEDIATRICA	538	0.05%	18,286	34.0
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	3,164	0.31%	107,242	33.9

TRANSPLANTE DE HIGADO	305	0.03%	9,882	32.4
CONDUCTAS ADICTIVAS	428	0.04%	13,431	31.4
NEUROCIRUGIA	7,054	0.69%	213,888	30.3
ONCOLOGIA	5,107	0.50%	153,594	30.1
NEUROLOGIA	21,822	2.13%	621,918	28.5
CARDIOLOGIA	40,163	3.92%	1,138,368	28.3
GASTROENTEROLOGIA	33,643	3.28%	820,503	24.4
REHABILITACION SIST. LOCOMOTOR	814	0.08%	18,245	22.4
REHABILITACION TRAUMATOLOGICA Y OCUPACIONAL	840	0.08%	18,222	21.7
DERMATOLOGIA	21,637	2.11%	454,254	21.0
CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR	2,278	0.22%	47,216	20.7
CIRUGIA DE TORAX	130	0.01%	2,654	20.4
UROLOGIA	30,199	2.95%	603,844	20.0
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES	2,774	0.27%	54,058	19.5
REANIMACION Y TERAPIA DEL DOLOR	892	0.09%	16,705	18.7
GERIATRIA	8,175	0.80%	149,192	18.2
CIRUGIA DE MANO	429	0.04%	7,653	17.8
OFTALMOLOGIA	51,603	5.03%	919,929	17.8
NEUMOLOGIA	13,583	1.33%	233,619	17.2
RADIOTERAPIA	1,651	0.16%	28,220	17.1
OTORRINOLARINGOLOGIA	27,769	2.71%	451,542	16.3
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	17,003	1.66%	270,548	15.9
CIRUGIA PEDIATRICA	2,993	0.29%	43,253	14.5
CIRUGIA PLASTICA, QUEMADOS Y REPARADORA	2,364	0.23%	32,504	13.7
OBSTETRICIA	4,735	0.46%	59,150	12.5
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	33,683	3.29%	359,961	10.7
GINECOLOGIA	29,910	2.92%	302,384	10.1
NEONATOLOGIA	2,199	0.21%	22,121	10.1
MEDICINA INTERNA	58,428	5.70%	457,581	7.8
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	10,628	1.04%	82,091	7.7
CIRUGIA GENERAL	39,223	3.83%	301,868	7.7
ANESTESIA, ANALGESIA Y REANIMACION	7,805	0.76%	57,617	7.4
MEDICINA COMPLEMENTARIA	1,505	0.15%	10,794	7.2
CIRUGIA ONCOLOGICA	513	0.05%	3,564	6.9
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	48,076	4.69%	272,796	5.7
TRANSPLANTE RENAL	61	0.01%	321	5.3
MEDICINA GENERAL	328,491	32.04%	1,055,476	3.2
PEDIATRIA	84,239	8.22%	219,405	2.6
MEDICO DE CONTROL (MECO)	60	0.01%	79	1.3
MEDICINA OCUPACIONAL Y DEL MEDIO AMBIENTE	202	0.02%	7	0.0
OTRAS MINUSVALIAS Y DISCAPACIDADES	9	0.00%	0	0.0
Total	1,025,099	100.00%	12,614,702	12.3

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los registros del Sistema de Gestión Hospitalaria de Essalud (2017)

Otro servicio importante que brinda Essalud, es el Servicio de Centro Quirúrgico, a través del cual sus pacientes esperan para que puedan ser intervenidos quirúrgicamente. Los registros administrativos del Seguro Social a julio del año 2017, presenta un tiempo promedio de 90.7 días de espera, para que un total de 25,239 pacientes puedan alcanzar una operación quirúrgica. A continuación revisamos y analizamos la tabla 16 adjunta con su promedio de tiempo de espera por tipo de complejidad de la operación:

Tabla 16

Promedio de tiempo de espera de los pacientes programados para la intervención quirúrgica del Centro Quirúrgico, según tipo de complejidad de la cirugía en Essalud, Julio del año 2017

Tipo de Complejidad	Número de Pacientes en Espera	Porcentaje (%) de Pacientes	Promedio Tiempo de Espera Nacional	Tiempo Espera Meta (0 – 45 días)		Tiempo Espera Prolongado (> 45 días)		
				N° Pacientes	%	N° Pacientes	%	Promedio días
A	6,843	27.11%	111.2	2,245	32.81%	4,598	67.19%	155.4
B	8,372	33.17%	84.0	3,850	45.99%	4,522	54.01%	138.5
C	7,505	29.74%	73.1	3,666	48.85%	3,839	51.15%	123.5
D	2,316	9.18%	114.3	1,021	44.08%	1,295	55.92%	188.3
E	126	0.50%	66.6	60	47.62%	66	52.38%	111.6
Otros	77	0.31%	30.5	62	80.52%	15	19.48%	79.1
Total	25,239	100.00%	90.7	10,904	43.20%	14,335	56.80%	144.2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los registros del Sistema de Gestión Hospitalaria de Essalud (2017)

En las metas adoptadas por Essalud en los “Acuerdos de Gestión del año 2014”, se suscribieron compromisos con treinta Redes Asistenciales en noviembre del año 2013, definiendo alcanzar 45 días como tiempo promedio de espera para la intervención quirúrgica de los pacientes de Essalud en el año 2014. En aquella oportunidad se tenía como dato histórico del año 2013, un tiempo promedio de 158 días de espera, en ese sentido, en el año 2017 según se observa en la tabla anterior, aún no se ha logrado conseguir la meta de 45 días como tiempo de espera. Al mes de julio del año 2017, se tuvieron 10,904 pacientes con un tiempo promedio de espera menor o igual a 45 días, representando el 43.20% del total de pacientes, mientras que 14,335 pacientes tienen un promedio de espera más prolongado mayor a 45 días (56.80% del total de pacientes).

Cuando analizamos el tiempo de espera según el nivel de complejidad de la intervención quirúrgica, observamos que en las cirugías mayores (A, B y C) se encuentra el 90% del total de los pacientes que esperan la cirugía. Solo en el caso de las cirugías mayores de alta complejidad “A”, se tiene que dichos pacientes tienen un tiempo promedio de 111.2 días de espera. Lo que significa que los tiempos de espera quirúrgica, para grandes grupos de pacientes, se han convertido en una especie de abandono y desesperanza, por la falta de oportunidad y oferta quirúrgica. A continuación se presenta el tiempo promedio de espera, agrupado según el Clasificador Internacional de Enfermedades CIE-10, para revisar los grupos de pacientes que requieren realizar la intervención quirúrgica, según la tabla 17 adjunta:

Tabla 17

Promedio de tiempo de espera de los pacientes programados para la intervención quirúrgica del Centro Quirúrgico, según grupo de enfermedad del clasificador CIE-10 en Essalud, Julio del año 2017

Cap.	Códigos	Grupo de Enfermedad según CIE-10	Número de Pacientes en Espera	Promedio Tiempo Espera Nacional	Pacientes en Espera Normal (0-45 días)	Pacientes en Espera Prolongado (>45 días)	Tiempo Espera Prolongado (>45 días)
VII	H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anexos	5,284	83.6	2,284	3,000	131.9
XI	K00-K93	Enfermedades del aparato digestivo	4,523	62.2	2,393	2,130	109.2
XIV	N00-N99	Enfermedades del aparato genitourinario	4,130	114.4	1,556	2,574	171.2
II	C00-D48	Neoplasias	3,273	90.1	1,543	1,730	152.6
XIII	M00-M99	Enfermedades del sist.osteomuscular y tejido conectivo	2,826	111.6	927	1,899	155.9
X	J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	1,040	74.1	479	561	119.0
IX	I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	902	94.4	353	549	142.1
XVII	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	854	110.8	302	552	159.6
XIX	S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias causa externa	758	95.6	327	431	153.1
XXI	Z00-Z99	Factores que influyen estado de salud y contacto servicios de salud	520	84.0	238	282	138.0
VIII	H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	283	118.6	82	201	159.0
XII	L00-L99	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	238	71.1	129	109	130.4

XVIII	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	186	71.9	102	84	136.1
IV	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	163	97.7	73	90	160.7
VI	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso	117	125.5	47	70	199.0
I	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	83	101.6	46	37	204.9
XV	O00-O99	Embarazo, parto y puerperio	15	267.8	1	14	286.0
XX	V01-Y98	Causas externas de morbilidad y de mortalidad	15	31.1	11	4	74.5
III	D50-D89	Enfermedades sangre y órganos hematopoyéticos y otros trastornos	12	72.3	5	7	110.0
XVI	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	6	97.7	1	5	110.2
		No identificado	5	70.2	3	2	133.0
V	F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento	4	108.0	1	3	137.3
XXII	U00-U99	Códigos para situaciones especiales	2	108.5	1	1	213.0
Total			25,239	90.7	10,904	14,335	144.2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los registros del Sistema de Gestión Hospitalaria de Essalud (2017)

De la tabla anterior, se tiene que el 68% del total de los pacientes que están en espera de la intervención quirúrgica, se relacionan con cuatro grandes grupos de enfermedades: 5,284 pacientes con enfermedades del Ojo y sus anexos, 4,523 pacientes con enfermedades del aparato digestivo, 4,130 pacientes con enfermedades del aparato urinario y 3,273 pacientes con neoplasias. En el caso de las intervenciones quirúrgicas en espera, relacionadas con las neoplasias, conformadas por tumores benignos y cáncer, los pacientes tuvieron 90.1 días como tiempo promedio de espera.

Los resultados mostrados, concerniente con el tiempo promedio de espera que soportan los pacientes para ser intervenidos quirúrgicamente, no son nada satisfactorios. Lo mencionado por los entrevistados, concuerdan con las cifras que se expone en el presente estudio, se comprueba que existen anomalías en la gestión, para resolver de manera clara y contundente, los procesos de gestión de los tiempo de espera de los pacientes de los servicios de Centro Quirúrgico. Se requiere implementar un mejor y nuevo método, así

como los sistemas que mejoren los tiempos de espera de los pacientes de Essalud. Si bien es cierto, la implementación puede ser costosa, pero es muy necesario aplicarlos, tal como algunas entidades públicas en otros países y clínicas privadas en el Perú, han realizado y han podido mejorar las expectativas de los pacientes, de esta manera se podría garantizar un mejor servicio, optimizando el tiempo de respuesta en la atención a los pacientes.

3.7.1.3. Evaluación del nivel de transparencia de la información para pacientes y familiares.

La mayoría de los pacientes no comprende totalmente la información médica que se les brinda al momento que recibe las prestaciones de salud. Sin embargo, es primordial para la satisfacción del paciente, facilitarle información para que pueda comprender sobre su situación y evolución clínica, a lo largo de todo el proceso del servicio que se le brinda al paciente.

Según lo señalado por el funcionario entrevistado, que cumple funciones normativas en la Sede Central de Essalud, es limitado el nivel de información que disponen los pacientes, sobre la atención que reciben en el Seguro Social del Perú, en comparación a lo que sucede en otros países, como es el caso de los europeos, en donde existe una mayor cantidad de normas que se aplican de manera rigurosa. El funcionario entrevistado precisa que:

Todo el tema de información, de lo que es el paciente informado, en realidad es poca la información, que se le viene brindando al paciente, porque a diferencia de otras realidades, en las cuales los sistemas hospitalarios y asistenciales le brindan a los pacientes, toda la información hospitalaria, procedimientos, la cirugía, los medicamentos que van a usar. (E03)

En general, la información que se le brinda al paciente es insuficiente no solo en Essalud, sino también en todo el sector de salud, es poca o limitada la gestión que se ha desarrollado, para identificar si la información

que brindan los médicos a sus pacientes es más que suficiente, y que tipo de información debería transmitir los profesionales de la salud y recibir los pacientes por el servicio ofrecido. El funcionario agrega lo siguiente en la entrevista:

En el caso del Perú, los pacientes obedecen lo que su médico le receta, confía en el médico. Son pocos los médicos, que en realidad brindan la información al paciente, prácticamente es un tema personal, no existe iniciativa de estandarizar a nivel nacional, la información que debe ser visible para el paciente. (E03)

Por ejemplo, a continuación el funcionario analiza el caso de las cesáreas, que existe información limitada para orientar al paciente:

Si el paciente quiere saber en qué casos debe realizarse la cesárea, no hay donde informarse, saber cuáles son los tipos de cesáreas, que tipos de partos pueden realizarse, bajo el agua, vertical, en compañía, hay varios tipos, pero nada de estos se le hace partícipe al paciente. (E03)

Al momento que se realiza el servicio asistencial en el Seguro Social, existe mucha información que intercambia y comunica el médico tratante con el paciente, con los familiares de éste, con sus colegas y con los diferentes profesionales de la salud. Todo el acto médico se registra en la historia clínica, siendo este documento un medio indispensable para tomar decisiones médicas, sobre el diagnóstico, el tratamiento o la intervención quirúrgica. Existe la necesidad de mejorar los mecanismos de difusión de materiales de comunicación en Essalud, así como fortalecer los procesos de recopilación e intercambio de la información y paralelamente conseguir una relación medico paciente adecuada. A decir del funcionario normativo entrevistado, en Essalud no se le da la importancia debida, a todo el sistema de comunicación y de información al paciente, a continuación señala lo siguiente:

Primero, no hay la capacidad de respuesta, ni tampoco hay el desarrollo de los materiales, ni los sistemas de comunicación al paciente. En verdad, casi todo el sistema de comunicación al paciente o dedicación para la salud, esta venido a menos. La información médica no es entendible, porque no está hecho en un lenguaje adecuado, lógicamente puede existir la posibilidad de engaño a los pacientes. (E03)

Según los autores (Menéndez & Vadillo, 2010) definen a la comunicación como una aliada estratégica de la gestión de la salud, que favorece a tener una imagen mejorada de una institución pública, dichos investigadores señalan:

La comunicación es una aliada estratégica en el sector sanitario; no solo como canal de transmisión de información, sino también porque contribuye a mejorar la imagen y notoriedad de cualquier entidad del sector, desde la administración a una sociedad científica, pasando por un centro hospitalario, un laboratorio e incluso un producto o servicio (p.13).

Podemos mencionar, en relación con la evaluación del nivel de transparencia de la información para pacientes y familiares, que se requiere incrementar las acciones que conduzcan a generar impacto, en la comunicación que brinda la Institución sobre sus pacientes. Existen algunas iniciativas como la realizada en marzo del año 2016, por el Día Internacional de la Mujer denominado “Mujeres informadas y saludables”, señaladas en la Memoria Anual 2016 de Essalud, en donde se buscó dar a conocer al público en general, la importancia del despistaje ginecológico y de las medidas preventivas ante el cáncer de mama y de cuello uterino, pero que no son suficientes. Sería recomendable que la Gerencia Central de Atención al Asegurado, responsable de Gestionar el sistema de información para la atención al asegurado de ESSALUD, debe impulsar campañas integrales y coordinadas, para mejorar el nivel de acceso a la información y los métodos

de comunicación con los pacientes de Essalud, directamente en cada Establecimiento de Salud.

3.7.2. Resultado de evaluación según satisfacción del personal asistencial

Conseguir que exista satisfacción del personal asistencial de salud, respecto al trabajo médico que realizan con los pacientes, implica elevar la calidad de vida laboral del personal asistencial. Es un factor clave desarrollar estrategias que mejoren el bienestar de los profesionales de la salud, para elevar su nivel de productividad y que ésta contribuya sobre la mejora de la atención de los pacientes asegurados de Essalud.

(Backstrom, 2006), encontró una relación entre la calidad de vida laboral y el compromiso del trabajador, según como se cita a continuación:

Un empleado que perciba una buena calidad de vida en su día a día en el trabajo, es decir, que se sienta tenido en cuenta y que sepa que sus necesidades son importantes y escuchadas por sus superiores, tendrá una mejor salud, lo que lo llevará a tener menos ausencias, a estar más comprometido y motivado con la organización y, a su vez, a ser más productivo. (p. 93)

3.7.2.1. Evaluación de la satisfacción y motivación de los trabajadores

Un aspecto importante que se requiere evaluar, para conocer el grado de satisfacción y motivación de los trabajadores, es el clima laboral. Según la entrevista efectuada a la funcionaria de la Oficina de Gestión de la Calidad de Essalud, señaló que no se conocen los avances en clima organizacional, que aún es incipiente su desarrollo, que no existe una manera objetiva de medir el grado de compromiso y de dedicación de los trabajadores. La funcionaria señala que existen algunas iniciativas para contar con un instrumento que mida el clima laboral:

En realidad, la parte de lo que es clima organizacional, generalmente lo debe desarrollar el área de personal, nosotros no lo consideramos como parte de nuestras funciones [...] Nosotros hemos pedimos informes al área de personal, para conocer que han hecho en temas del clima laboral, de allí supimos que estaban creando unos instrumentos para medirlo.
(E01)

El Seguro Social hacia el año 2016 registró en su planilla un total de 54,575 trabajadores, de los cuales 45,580 desempeñaron funciones asistenciales y 8,995 realizaron labores administrativas. Realizar el control de personal, no es una labor fácil, cuando no se cuenta con un sistema informático moderno, que facilite la gestión del personal y los procesos, en una Institución que manejó en el presupuesto de sueldos, alrededor de 5,000 millones de soles en todo el año 2016.

El experto en gestión de calidad, señaló en la entrevista que en Essalud se viene aplicando un modelo muy básico y atrasado de gestión del personal, basado en el control de tiempo de horas trabajadas, de lo que realizan los profesionales de la salud, la cual no aporta valor a la Institución. En lugar de ello, propone que la Institución debe orientarse a la gestión por competencias laborales, con la finalidad de incrementar los conocimientos, habilidades, experiencias y actitudes de los trabajadores, dicha gestión si puede generar valor a la organización y por ende se podría optimizar el rendimiento del personal y de la Institución. A continuación el experto reseñó lo siguiente:

El trabajador debería tener un conjunto de competencias que corresponde ser generada por la misma Institución, uno de los objetos más valiosos que tiene el trabajador es la capacidad que tiene, que es lo que el trabajador es capaz de hacer, al menos yo creo eso, hubo un tiempo en que se estaba impulsando que Recursos Humanos trabajara con el modelo de Gestión por Competencias, pero no se logró cualificar, es más, siguen

trabajando con un modelo bastante rudimentario, que se basa más que todo en el control de tiempo, es decir, la persona si permanece en su sitio, a qué hora sale, cuántas hora trabaja, control de tipos de contratos, etc. (E02).

Por otro lado, el funcionario que cumple el rol normativo en la Sede Central de Essalud, planteó en la entrevista una clasificación del personal de Essalud, dependiendo del régimen laboral o tipo de contrato que tiene con la institución. El ejecutivo ha podido observar que existen hasta tres grandes grupos de personal, los cuales tienen un determinado tipo de motivación, según señaló a continuación:

Creo que hay hasta tres grupos, hay un grupo que tiene una motivación permanente, ya sea porque se ven obligados porque pueden ser despedidos rápidamente, su motivación es permanente, están motivados, pero probablemente no están satisfechos. Los trabajadores bajo el régimen CAS son un ejemplo, también los que están bajo contratos personales, los cuales si no cumple con su producto, se le corta su contrato. Tienes otro grupo dentro de los trabajadores, que está contento con su posición, porque le da cierta satisfacción, se ven realizados, que si están motivados y trabajan por su Institución. Y tienes el tercer grupo conformados por el personal estable, parte de ellos están en la Institución simplemente para pasar el tiempo, para aprovecharse de la Institución sin hacer nada, ganar sin hacer nada, es más, aprovechándose de la misma Institución, con el mínimo esfuerzo, incluso apelando a prácticas incorrectas que lindarían con la corrupción. (E03)

Adicionalmente el funcionario normativo recomienda implementar una política de incentivos al personal de Essalud, para elevar su rendimiento, estimulando la formación educativa y mejorando principalmente el control de

los resultados por encima del control de la producción, el directivo señaló lo siguiente:

Creo que la Institución tiene que desarrollar estrategias en dos frentes, tiene que generarse una política de incentivos para el personal, que sea interesante y que pueda salir en base a instituciones educativas, pero también tendría que generar una estructura fuerte de supervisión, para un mayor control de los resultados, más que de la producción. (E03)

Otro aspecto que aborda el entrevistado, se relaciona con el nivel de participación que deberían de tener los trabajadores de Essalud, en el desempeño de la organización. La Institución requiere incluir mecanismos para fomentar la participación del personal, la aplicación de las mejores prácticas que tienen las empresas dinámicas, a decir del funcionario, va a favorecer en el involucramiento de los trabajadores, tal como lo relata a continuación:

Generalmente las organizaciones dinámicas para incentivar la participación del personal, apelan al tema de buzón de sugerencias, al tema de concursos estandarizados de su personal. En dichas empresas el personal participa activamente, ahí hay una retroalimentación entre los jefes directos y el personal. Algunas empresas, sobre todo las japonesas, han trabajado mucho los círculos de calidad, donde participa el trabajador, participa los gestores y hay una relación casi directa. (E03)

Finalmente, el funcionario recomendó institucionalizar la participación del trabajador en Essalud, para mejorar los procesos. Señaló que aún son incipientes los esfuerzos que se han realizado, para contar con la colaboración y contribución a las mejoras de los servicios que se brinda a los asegurados:

Creo que ha habido ciertas iniciativas, ha habido premios, algunos concursos que se han hecho, pero como política institucional, ese tema no está institucionalizado, como si ocurre en el sector privado, en donde puede ser que tengan mayores experiencias, sobre la participación del trabajador en la mejora de los procesos. En el caso de las instituciones públicas, no conozco, quizá la SBS algún tiempo, SUNAT un tiempo, pero en el caso de ESSALUD no.

Revisando las evidencias documentarias de los estudios realizados para medir la satisfacción laboral, se consideró la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud realizada por Susalud en el año 2016, en donde se obtiene algunos resultados para los trabajadores del sector salud y de Essalud, con la información de la tabla 18 adjunta:

Tabla 18

Nivel de satisfacción del personal médico en relación a su trabajo según Institución, año 2016

Institución	Satisfecho	Insatisfecho	Ninguno	Total
Nacional	75.6	7.3	17.1	100.0
Minsa - GR	70.7	9.5	19.8	100.0
Essalud	79.3	5.6	15.1	100.0
FFAA y PNP	69.7	12.1	18.2	100.0
Clínicas	84.9	2.9	12.2	100.0

Fuente: Elaboración propia (2017) sobre la base de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud para SUSALUD (2016)

De acuerdo a la citada encuesta, los resultados del estudio especifican que el 79.3% del personal médico en Essalud, declaran estar satisfechos del trabajo que realizan. Dicho resultado muestra que el Seguro Social presenta un resultado aceptable por encima del promedio de la satisfacción de los médicos del sector salud (75.6%) y del Ministerio de Salud (70.7%), pero fue inferior respecto al indicador de satisfacción que presentan los médicos de las clínicas privadas (84.9%).

También se puede observar los resultados de la satisfacción del trabajo que realizan las enfermeras, como otro grupo de profesionales de salud

importante en la misma Encuesta de Susalud, según como se muestra en la tabla 19 siguiente:

Tabla 19

Nivel de satisfacción del personal de enfermería en relación a su trabajo según Institución, año 2016

Institución	Satisfecho	Insatisfecho	Ninguno	Total
Nacional	79.0	6.2	14.8	100.0
Minsa - GR	76.0	7.1	16.9	100.0
Essalud	83.7	4.7	11.6	100.0
FFAA y PNP	66.1	14.5	19.4	100.0
Clínicas	74.3	7.7	18.0	100.0

Fuente: Elaboración propia (2017) sobre la base de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud para SUSALUD (2016)

El 83.7% de las enfermeras de Essalud en el año 2016, declararon estar satisfechas con el trabajo que realizan, dicho resultado es el más alto, superior al promedio Nacional del Sector que fue 79%, al Ministerio de Salud con 76% y a las Clínicas Privadas que obtuvieron 74.3%.

La evaluación de la satisfacción y motivación de los trabajadores asistenciales, de acuerdo a las entrevistas realizadas y complementadas con los resultados de las evidencias documentales, nos muestran poco avance en las mejoras que orienta Essalud para asegurar la completa satisfacción y motivación del personal de salud. Es indispensable fortalecer las políticas de gestión de competencias, así como de incentivos de todo el personal, impulsando el nivel de integración de su sistema de información, con una estructura fuerte de supervisión pero con control de resultados, elevando el nivel productividad basado principalmente en resultados. De esta forma se fomenta la participación de los trabajadores para brindar un mejor servicio a los pacientes de Essalud.

3.7.2.2. Evaluación de la condición de la seguridad e higiene en el trabajo

La evaluación de la situación de las condiciones laborales de los trabajadores asistenciales de Essalud, relacionados con los principios de la seguridad e higiene en el trabajo, implicó revisar y analizar la presencia de riesgos

adversos para los trabajadores, así como que acciones desarrolló la Institución para prevenir los accidentes de trabajo y establecer condiciones sanitarias idóneas para que el personal de salud pueda desarrollar las prestaciones que se brindan a los asegurados del Seguro Social.

Dentro de la investigación realizada con los expertos y funcionarios de Essalud, se logró recoger la opinión del funcionario normativo de Essalud, quien tuvo la siguiente perspectiva, sobre las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo en los hospitales de la Seguridad Social:

Es un tema pendiente, en el Perú hay referencias de algunos países, así como tenemos una variedad de pisos ecológicos, tenemos una variedad de enfermedades, dentro de las cuales requieren condiciones especiales de seguridad. Somos el primer país en América Latina, en lo que es tuberculosis, altamente resistente y drogo resistente y los ambientes de hospitalización, salvo algunas experiencias contadas con una mano, no hay ambientes especiales, adecuados y decentes en hospitalización y consulta externa. (E03)

El funcionario prosigue su relato, mencionando que los riesgos de infección como la tuberculosis, que se presenta en Essalud, también es una problemática sectorial en los hospitales del Ministerio de Salud, las cuales se inician desde que se construyeron los hospitales, sin considerar protocolos o estándares de salud, como los aspectos de ventilación de los ambientes sanitarios, el directivo señaló lo siguiente:

No hay un tema de adecuación de los consultorios para los pacientes de tuberculosis, ósea son contados, por lo menos Almenara, Rebagliati, los consultorios, emergencias, no están preparados. Existe la probabilidad siempre de infección, de hecho que hemos tenido como país, no hay una adecuación, es un problema estructural. En el país, el único hospital que ha sido diseñado para atender pacientes con tuberculosis es el Hipólito

Unanue, sus medidas sanitarias son tremendos, techos altos, para que exista bastante ventilación. (E03)

De acuerdo a lo señalado por el directivo, reducir el riesgo de las enfermedades laborales de los trabajadores asistenciales de Essalud, implica cambiar los mecanismos que se realizan en los proyectos de inversión en salud, desde que se realizan los estudios de pre inversión, deben contemplarse protocolos de seguridad hospitalaria, para contrarrestar la aparición de las enfermedades infecciosas como la tuberculosis, dengue o malaria en los ambientes de los consultorios, hospitalización, emergencia y salas de cirugías, tal como lo manifestó a continuación:

El Hospital Hipólito Unanue del Ministerio de Salud, fue el único que se construyó con un enfoque de medidas amplias, para contrarrestar las infecciones hospitalarias. Otro problema que también ocurre es que, la mayoría de los diseñadores, ingenieros, arquitectos, muchos proyectos no han tenido la asesoría adecuada para que incorporen ese enfoque, entonces siempre ha sido la crítica, los proyectos de inversión en salud, pueden ver los ingenieros de pre-inversión, pero tienen que tener la asesoría, para que no descuiden el tema sanitario. Entonces, se requieren condiciones adecuadas, puertas especiales, mallas, gasfiteros, y los hospitales no están preparados para responder a la tuberculosis, dengue, malaria, entre otras enfermedades. (E03)

También es de conocimiento en el sector sanitario y en particular en Essalud, de los reclamos constantes que tienen los gremios médicos, respecto a las acciones que debe desarrollar la Institución para que los médicos cuenten con condiciones sanitarias adecuadas, para el desarrollo de las actividades asistenciales. En ese sentido, el directivo considera que las medidas solicitadas por los sindicatos son válidas:

Muchas veces tienen razón, el reto es alto, los ambientes hospitalarios no tienen la ventilación adecuada, no tienen como orinar, lo único que tienen es el “mandelito”, y hasta a veces no tienen las mascarillas adecuadas, entonces como te enfrentas, va a generar discomfort, y va a generar brotes y contagios, todos los años, se contagian los médicos. Este año estuve en Piura, no tenían las condiciones adecuadas, no solamente en el periodo, sino probablemente la comunidad, pero el hospital debería ser el ejemplo. (E03)

El experto en gestión de calidad, tiene una opinión más positiva, en comparación a lo señalado por el funcionario normativo, sobre los avances y propuestas que se han desarrollado en materia de la salud ocupacional, tanto en Essalud y en general en nuestro país, tal como lo menciona a continuación:

El tema de salud ocupacional ha hecho aportes importantes, se han hecho propuestas, también la OIT ha hecho un conjunto de propuestas para la seguridad y la salud en el trabajo, existe una Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo, en el Ministerio de Trabajo. Luego tenemos un grupo importante de especialistas y profesionales dentro de la Institución, que hacen trabajos para tratar de garantizar la seguridad en el trabajo. (E02)

Dentro de los avances que se han logrado desarrollar, para mejorar la seguridad del trabajador asistencial, el experto en gestión de la calidad relata en la entrevista, que se han ejecutado acciones para eliminar residuos sólidos en los hospitales, con la intención de evitar riesgos de contaminación ambiental, así como se ha impulsado y promovido campañas de vacunación para evitar las tres principales demandas ocupacionales en Essalud, en beneficio de sus pacientes, trabajadores y visitantes:

Existe un avance importante en todo el tema de disposición de residuos sólidos y de bioseguridad del trabajador, y se han

hecho campañas masivas para tratar de prevenir la tuberculosis, la hepatitis y VIH. Porque las tres principales demandas ocupacionales del Seguro son esas. Se ponen vacunas a los pacientes vectoriales, que están en contacto con sangre, son unas cajas de cartón donde se ponen las agujas y luego se suturan, una vez desinfectada la aguja esta va a un balde de basura, son equipos en los hospitales que se usan casi masivamente, luego se ha avanzado también en el tema de las vacunaciones, y con la exposición de los residuos sólidos. (E02)

En la entrevista concedida el experto también señaló que se han elaborado propuestas importantes en Essalud, para modernizar el manejo de los residuos sólidos hospitalarios, utilizando tecnología de los incineradores para reducir la contaminación ambiental:

También hemos avanzado en modernizar la tecnología de los incineradores, todavía se usan incineradores que dejan bastantes residuos, donde la Institución pierde cada año millones de soles, pagando a empresas que con camiones recogen la basura, una cosa que debería ser del pasado, lo mismo que gastamos año por año en contratar esa empresa, lo podríamos invertir en comprar y operar incineradores que dejen un mínimo de contaminación. (E02)

Revisando los registros administrativos que maneja Essalud, relacionado con las intervenciones de salud ocupacional, con la finalidad de evaluar las condiciones de seguridad de los trabajadores asistenciales del Seguro Social, se presenta la siguiente tabla 20 con las intervenciones realizadas desde el año 2013 al año 2016:

Tabla 20

Número de intervenciones anuales en Salud Ocupacional realizadas en Essalud, 2013 - 2016

Intervenciones de Salud Ocupacional	2013	2014	2015	2016
Capacitación a Trabajadores	13,263	14,086	11,420	14,741
Evaluación Médica Ocupacional	853	1,236	712	1,471
Intervención Grupal en Empresas	976	1,218	1,178	1,223
Inmunizaciones al Trabajador	332	200	688	795
Diagnóstico del Sistema de SST	287	188	348	444
Organización del Sistema de SST	123	190	217	395
Control de Riesgos Específicos	109	70	157	237
Evaluación de agentes ambientales	37	94	67	153
Elaboración de Informes	45	56	45	90
Formación de Brigadas	17	17	14	30
Formación de Comités de SST	79	29	46	21

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los registros del Sistema Estadístico de Salud de Essalud (2016)

El CEPRIT (Centro de Prevención de Riesgos del Trabajo), es un centro de Essalud, que brinda intervenciones de salud ocupacional a los trabajadores de los Establecimientos de Essalud y de las empresas. En el año 2016 se consignó un total de 14,741 de capacitaciones a los trabajadores, según como se observa en la tabla anterior. Las capacitaciones incluyeron el entrenamiento, la motivación, transferencia de conocimientos y el desarrollo de habilidades, para la prevención de los riesgos en el trabajo. Se podría mencionar que existe un gran esfuerzo en la Institución para mejorar la prevención de los accidentes y las enfermedades ocupacionales, lo cual debería mantenerse y fortalecerse mucho más, para evitar los daños en la salud del personal.

Otra intervención importante en el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo es la evaluación médica ocupacional, que se realiza para valorar en forma específica la salud del trabajador, la cual está expuesta a riesgos ocupacionales en los establecimientos de salud y en las empresas. Para la evaluación se aplicó la historia clínica y exámenes de ayuda diagnóstica, teniendo 1,471 trabajadores evaluados en el año 2016, siendo superior a las evaluaciones realizadas en los últimos cuatro años.

Asimismo, en el año 2016 el CEPRIT registró 1,223 actividades de promoción en seguridad y salud en el trabajo, orientadas a las pequeñas y

micro-empresas, las cuales incluyeron capacitaciones masivas, reuniones con empleadores, difusión de boletines, entre otras actividades. Dichos eventos se mantienen casi constantes en los últimos años.

Adicionalmente como parte de la evaluación, señalaremos que también existe un despliegue para inmunizar a los trabajadores, tal como fueron señalados por los entrevistados. En el año 2016 se realizó un total de 795 inmunizaciones, estas se realizaron para proteger del riesgo biológico expuesto del trabajador. La inmunización incluyó la aplicación de vacuna contra la hepatitis B, tétanos y otros. En este tema, es importante asegurar el incremento de las inmunizaciones, a fin que no existan trabajadores contagiados en Essalud y que estos perciban que la Institución se preocupa en brindarle una mayor seguridad en el trabajo que realiza el personal asistencial.

La evaluación de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo para los trabajadores asistenciales de Essalud, según lo señalado por los entrevistados y comparadas con los resultados de las evidencias documentales, nos muestran un avance aceptable en las mejoras que realiza Essalud para contribuir a mejorar la calidad de vida de los trabajadores y a disminuir las enfermedades ocupacionales. Sin embargo, es importante anotar que debe mantenerse lo logrado hasta el momento, pero asegurando que no falte los accesorios o insumos al trabajador, en las condiciones laborales donde realizan sus labores asistenciales. Es vital darle seguridad, confianza y confort al personal de salud en los trabajos que realizan, para lo cual es importante identificar y focalizar la cantidad de trabajadores que están expuestos al riesgo, para minimizar inmediatamente cualquier evento adverso que pudiera presentarse.

3.7.2.3. Evaluación del nivel de capacitación, formación y desarrollo que reciben los trabajadores.

Un aspecto importante para mejorar la calidad del servicio y de la satisfacción de los pacientes y asegurados de Essalud, tiene que ver con acrecentar el

conocimiento, habilidades y actitudes del personal de salud, en función de las necesidades de los puestos laborales que requiere la Institución. Para ello, en la investigación se evaluó cualitativamente cual fue el nivel que alcanzó la capacitación, formación y desarrollo de los trabajadores, especialmente los que están ligados directamente con la atención del asegurado, esto es, el personal de salud.

Para evaluar el nivel de capacitación del personal de Essalud, se tuvo que identificar los beneficios logrados en la Institución, según lo señalado por (Rutty, 2007) quien mencionó que “La capacitación tiene como meta el generar beneficios para la organización y que esta meta, sin lugar a dudas, debe ser evaluada” (p.23). De esta manera, se desprende que la gestión de personal tiene a la capacitación como un medio para alcanzar beneficios, pero que éstos deben ser medidas y evaluadas, determinando en qué medida directamente o indirectamente contribuyen a mejorar la gestión de salud y la satisfacción del asegurado. Muchos de los Departamentos de Recursos Humanos no se esfuerzan en evaluar en qué medida la capacitación sirve a los fines de la organización, por ello Rutty (2007) señala que estos Departamentos “sólo indagan si el curso estuvo bien organizado y si fue ameno, pero nada averiguan sobre el servicio que el departamento de capacitación debe brindar a la organización, es decir cuál es el valor que la capacitación produce para la organización” (p.24).

En el dialogo efectuado con el funcionario normativo de la Sede Central de Essalud, él opina que es primordial que la Oficina de Calidad no solo intervenga directamente en los resultados de los indicadores de capacitación del personal, sino que deben tener el control de estos indicadores, y tener el respaldo de la más Alta Dirección, para incidir sobre mecanismos de mejora de sus resultados:

Uno de los problemas del cual se queja mucho el personal, es que no hay capacitación. La Oficina de Calidad puede intervenir pero no tiene injerencia, puede hacer la recomendación, pero no es vinculante. Entonces se necesita que los temas de calidad

sean de responsabilidad de la más Alta Dirección, que debe tener como brazo operativo a la Oficina de Calidad, pero el compromiso de la mejora, debe ser lo más cercano a la cabeza, sino no se puede cambiar. Entonces, la Oficina de Calidad si puede tener el control y monitoreo del indicador, pero para el control de los condicionantes, se requiere que exista una incidencia fuerte en la alta gestión, sino queda nada más en un indicador. (E03)

De lo señalado por el funcionario, se requiere perfeccionar el ámbito de competencias de la Oficina de Calidad de Essalud, dado que no solo debe abocarse a hacer monitoreo de los indicadores de capacitación y recomendaciones, sino que éstas, deben ser de obligatorio cumplimiento por todas las instancias de la Institución, que intervienen directamente en el proceso asistencial, haciendo que dicha Oficina realice un seguimiento de los logros y de las acciones de mejoras.

Además las Oficinas de Gestión de Calidad de Essalud, deben promover el fortalecimiento de las políticas de promoción y capacitación de los recursos humanos, priorizando a que el proceso de aprendizaje de los trabajadores sea con la finalidad de mejorar los servicios del asegurado, actualmente existen actividades de capacitación del personal, pero son exiguos y no se orientan por sobre todo a satisfacer a los pacientes. El funcionario normativo sostuvo lo siguiente:

La capacitación es clave, por varios motivos, porque tu principal elemento de cambio es el trabajador [...] si tienes gente adecuada, dentro de la política de formación de recursos humanos, servirá como un incentivo, porque quíerese una de las cosas del profesional de salud, que está asegurado, que todavía se mantiene, es su afán por aprender, ósea la capacitación, los cursos, las becas es una forma muy efectiva, por lo menos en el sector salud, de incentivar el personal, si tu les das becas la gente se motiva y trabaja mejor. Por otro lado, la salud es un

proceso dinámico, que está en constante cambio, entonces tienes que capacitar permanentemente. Lo que yo aprendí, hace 10 años de terminología ya no me valen un 30 a 40 %, porque ya cambiaron los conceptos, entonces sino me actualizo al contacto con el paciente, no voy a poder enfrentarlo, entonces la política de promoción, de fortalecimiento de recursos humanos tiene que ser fuerte. (E03)

Como parte de la evaluación del nivel de capacitación, el experto de gestión de calidad coincide con lo señalado anteriormente por el funcionario normativo de Essalud, sobre el poco nivel de importancia que se la viene dando a la gestión de capacitación y especialmente al débil impacto que genera la actual política que desarrolla la Gerencia Central de Gestión de las Personas, con el poco desarrollo realizado en capacitación y formación, que debe recibir el personal de salud, para mejorar el servicio de salud del asegurado. Según lo referenciado por el experto, existen acciones que Essalud debe desarrollar para cambiar el modelo de capacitación, incrementando las competencias y capacidades del personal:

El año que he estuve de gerente en el 2015, teníamos en esa época, un presupuesto de 10 mil millones de soles, ¿Cuánto se llevaba capacitación? 10%, 15%, 20%, no, en total 10 millones de soles, ósea casi 1 por 1,000, son montos exiguos, para una cantidad de 50,000 trabajadores que tiene Essalud. Entonces, primero para que exista una buena inversión, se debe cambiar el modelo de gestión de la capacitación. No puedo hacer trabajo con competencias no identificadas, es como disparar al aire y ver qué pasa, no va a ver impacto, porque si no se sabe que quiero mejorar, donde puedo impactar, entonces no voy a tener éxito en mi gestión.

Otro aspecto que el experto considera relevante por desarrollar, en la mejora de la capacitación en Essalud, es implementar la gestión de resultados con indicadores de impacto, guiando los mecanismos y procesos que

coadyuven a incrementar las competencias y capacidades del personal. El experto señala que las competencias, deben ser delegadas para facilitar la mejora del desempeño del personal de salud, con indicadores de impacto:

¿Qué indicadores existen actualmente? cantidad de gente que fue a una capacitación, cantidad de horas que fueron, cantidad de dinero que se gastó. Pero, eso no significada nada, son indicadores como usted sabe de recursos, de procesos, pero no de resultados. No me dicen de las capacidades y competencias, y por lo tanto, ver el trabajo que ha mejorado, en esta proporción. Se requiere hacer un programa de trabajo de capacitación que permita que las competencias, sean delegadas y luego hacer un seguimiento, para ver que a través de estas capacidades, ellos hayan mejorado su desempeño, a las finales el mejor desempeño va a ser el mejor medidor del asegurado. (E02)

Con la finalidad de cerciorarnos lo señalado por uno de los entrevistados, se buscó la información presupuestal de los registros administrativos de Essalud del año 2016, a fin de comparar el monto destinado en capacitación de los trabajadores, respecto al presupuesto total de los egresos de Essalud. Al respecto, se presenta la siguiente tabla 21:

Tabla 21

Monto y porcentaje de egresos operativos en capacitación de los trabajadores respecto al monto de egresos total en Essalud, 2015 – 2016

Rubros	Ejecución	Ejecución	Variación	
	2015 (en S/)	2016 (en S/)	En S/	%
Total de egresos operativos	8,769,597,980	9,506,909,840	737,311,860	8.4%
Egreso en capacitación de trabajadores	7,566,006	7,705,344	139,338	1.8%
% Egreso en capacitación	0.09%	0.08%		
Número de trabajadores	53,883	54,575	692	1.3%
Gasto por cápita en capacitación	140.4	141.2		

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los registros de la Ejecución Presupuestal en el Anuario Estadístico del año 2016 de Essalud.

Los resultados de la tabla anterior confirman lo señalado en la entrevista por el experto en gestión de calidad, los trabajadores reciben

montos reducidos en capacitación. En el año 2016, para una cantidad de 54,575 trabajadores de Essalud, entre personal asistencial y administrativo, se asignó un monto de 7'705,344 soles, lo cual implica un gasto anual (debería ser inversión) en monto por cápita de 141 soles por cada trabajador, es decir, se destina el 0.08%, menos de 1% en capacitación, respecto al presupuesto total de los egresos de la Institución.

Al realizar la evaluación del impacto de capacitación, formación y desarrollo que reciben los trabajadores, entendimos que teníamos que encontrar cambios en el proceso de aprendizaje del personal de salud y encontrar aspectos positivos que contribuyeran a los objetivos institucionales. Sin embargo, no se encontraron importantes avances en la gestión de las competencias del personal y no existen logros relevantes que se contrasten con la mejora de la calidad del servicio. Es impostergable que la Institución de un giro total en el modelo de gestión de la capacitación, dotando de mejores recursos, comprometiendo a que el gasto en capacitación, sea considerado como una inversión del capital humano, orientados por sobre todo a los objetivos estratégicos y a los asegurados.

3.7.3. Resultado de evaluación según impacto social en la sociedad peruana

3.7.3.1. Evaluación de las actividades realizadas en beneficio de la comunidad.

Evaluar las actividades realizadas en beneficio de la sociedad o comunidad en general, implica revisar en qué medida los servicios que realiza Essalud, genera impacto social en la sociedad, de cómo promueve e impulsa el desarrollo social y económico en la comunidad, de cómo contribuye con la mejora de la salud de sus asegurados y de todos los ciudadanos. Para la Organización Mundial de la Salud evaluar el impacto en la salud significa “combinar los procedimientos, métodos y herramientas a través de las cuales se puede juzgar una política, programa o proyecto en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población y la distribución de tales efectos.”

El Seguro Social de Salud (Essalud) es un organismo público cuyo fin no solo es otorgar prestaciones de salud, sino que también debe brindar prestaciones económicas y prestaciones sociales a sus asegurados, a partir de las contribuciones y aportaciones que realizan los empleadores por sus trabajadores que tienen vínculo laboral. En otras palabras, según su Ley de creación, la Institución está destinada a generar beneficios de salud, económicos y sociales en la población asegurada peruana, la cual representa en la actualidad, alrededor del 34% de los habitantes del Perú.

Si analizamos la repercusión que tiene para Essalud, el generar impacto en la sociedad, veremos que los beneficios que se logren tendrán una repercusión favorable, no solo en la percepción que tendrán los diferentes grupos sociales sobre las actividades que desarrolla la Institución, y sobre los servicios que ésta tiene sobre ellos, sino que también, contribuyendo en la mejora de los indicadores económicos y sociales del país.

De acuerdo a los principios del modelo de la Fundación Europea de la Gestión de la Calidad (EFQM): “Las organizaciones excelentes logran y sostienen en el tiempo, resultados sobresalientes que satisfacen o superan las necesidades y expectativas de los grupos de interés de la sociedad”. Dicho de otra manera, requerimos evaluar en qué magnitud el Seguro Social obtuvo buenos resultados en su gestión, para satisfacer las necesidades y expectativas de diversos grupos de interés de la sociedad peruana, conformada por las diferentes instituciones, comunidades, asociaciones, entre otros.

Para ello, Essalud requiere medir permanentemente el nivel de calidad de vida y de la salud de sus asegurados, y de cómo contribuye con los ciudadanos no asegurados, que en su mayoría están conformados por los grupos de trabajadores no formalizados, que trabajan en pequeñas empresas, así como de la población desempleada, que en algún momento también requiere de los servicios públicos que brinda Essalud.

Según lo señalado en la entrevista por el funcionario normativo, la calidad de vida es un indicador muy útil cuando se realiza evaluación de la salud, dado que mide los efectos, tanto de las intervenciones directas, como las indirectas. A continuación se adjunta lo citado por el ejecutivo:

En salud no hay indicadores que te resuelvan, por ejemplo, un indicador que se usa mucho para la evaluación de la salud, es la calidad de vida, es un indicador bastante usado porque mide no solamente el efecto de las intervenciones directas que haces, sino también las indirectas. Mide el impacto positivo que hay en el paciente. (E04)

Adicionalmente, como organización pública, Essalud debe asumir de manera decidida en la protección del medio ambiente y en la conservación de los recursos naturales. Tal como lo señala (Galaz Álvarez, 2014):

La misión principal de una organización pública es siempre satisfacer una categoría de necesidades y expectativas de la sociedad. Debe incluir el enfoque y contribución de la organización a la calidad de vida, la protección del medio ambiente, la conservación de los recursos globales, la igualdad de oportunidades de trabajo, el comportamiento ético, la participación en las comunidades y la contribución al desarrollo local (p.200).

Para complementar la evaluación de las actividades que realiza Essalud en beneficio de la comunidad, el presente estudio se apoya con las entrevistas realizadas a los expertos y funcionarios, los cuales ayudan a clarificar los alcances de la evaluación. El funcionario entrevistado que cumple funciones normativas en la Sede Central de Essalud, considera que la Institución impacta socialmente, cuando brinda prestaciones de salud que logran como resultado a trabajadores sanos, dado que asegura el crecimiento del sector productivo y económico, en beneficio de la sociedad en general:

La Institución desarrolla acciones en beneficio de la comunidad, porque cualquier intervención en salud, no se hace a una sola persona, cuando se hace bien el trabajo, cuando recuperas la salud de una persona, no solo la beneficias a ella, la beneficias a su familia, a su comunidad, es más, solamente con la prestación se puede tener un impacto fuerte en la sociedad, haciéndole un buen trabajo sanitario a los trabajadores, ayudas de sobremanera a la sociedad, porque estas protegiendo a su capital social, que es el que mueve todos los circuitos económicos, manteniendo sano a sus trabajadores. Si mantienes sano a dicho sector, mantienes 100% productivo, el impacto que tienes es alto. (E03)

Otro aspecto que realiza Essalud para impactar positivamente en la sociedad, tiene que ver con las actividades educativas y charlas en salud, que desarrolla la Institución en la comunidad, para mejorar la calidad de vida. El funcionario complementa que este tipo de intervenciones, pueden generar mucho impacto social, cuando es transmitido en los medios de comunicación masiva, la información relacionada a la salud divulgada en los medios de prensa tiene un efecto social alto, según lo señala a continuación en la entrevista:

Puedes desplegar actividades, con alta externalidad, educación, la educación para la salud, es una intervención con mucha externalidad con futuro, desarrollas una actividad educativa que se replica, cuando tu transmites conocimiento, es difícil que el conocimiento se quede en una sola persona, esto va de persona en persona, va a tener un efecto en cascada mayor, entonces hay intervenciones que puede escarbar y pueden generar mucho impacto social, va a beneficiar a la población, el simple hecho que tu salgas en un spot y digas que tiene que limitarse de tal manera, tiene un efecto social alto. (E03)

Según los registros del sistema estadístico de Essalud, la Institución desarrolló en los últimos años diversas actividades relacionadas con la educación de la salud. La educación grupal según lo señala el Glosario Estadístico de Salud: “Es una actividad de educación en salud, realizada por los profesionales asistenciales, dirigida a los usuarios, pacientes, padres o acompañantes (en grupos de 20 personas como máximo), que mediante diferentes técnicas educativas, brinden información en aspectos de prevención y manejo de factores de riesgos y daños prevalentes, para motivar el cambio hacia estilos de vida saludables”. Dichas actividades fueron llevadas a cabo por sus diferentes grupos de profesionales durante los últimos cuatro años, según como se muestra en la tabla 22 a continuación:

Tabla 22

Número de sesiones de educación grupal realizadas por los profesionales de la salud (enfermeras, nutricionistas y obstetras) en Essalud, 2014 – 2016

Actividades de Educación Grupal	2014	2015	2016
Profesional de Enfermería	61,418	63,837	72,236
Profesional de Nutrición	11,175	10,359	12,764
Personal de Obstetricia	32,358	27,589	33,238
Total de sesiones	104,951	101,785	118,238

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los registros del Sistema Estadístico de Salud de Essalud.

Se observa en la tabla 22 anterior, que en el año 2016 se realizó un total de 118,238 sesiones de educación grupal, brindado por los profesionales de enfermería, nutrición y obstetricia. Si bien en el año 2016, se aprecia un ligero incremento de sesiones respecto a los anteriores años, sin embargo, aun es insuficiente el alcance y la cantidad de asegurados que reciben los beneficios de las actividades de educación en salud. Si en dicho año se atendieron 5 millones 552 mil 409 asegurados, el numero de sesiones representa apenas el 2.1% del total pacientes atendidos en Essalud.

Tabla 23

Monto otorgado en prestaciones económicas a los asegurados según tipo de subsidio en Essalud, 2014 – 2016

Tipo de Subsidio	Monto S/ Otorgado 2014	Monto S/ Otorgado 2015	Monto S/ Otorgado 2016
Maternidad	176,765,004	183,256,664	197,296,024
Incapacidad Temporal	193,816,752	192,795,143	179,277,432
Lactancia	123,392,063	137,425,440	121,098,420
Sepelio	53,716,799	60,323,117	70,537,270
Total Subsidio S/	547,690,618	573,800,364	568,209,146

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los registros de la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas de Essalud.

Además de las prestaciones de salud y económicas que Essalud brinda a sus asegurados, la cual incluye beneficios directos e indirectos con los ciudadanos en general, también se puede observar las prestaciones sociales que realiza específicamente con la población adulta mayor de la Institución. En el mes de setiembre 2017, se contó con 11 millones 59 mil 014 asegurados, de los cuales alrededor de 1 millón 574 mil 605 fueron población adulta mayor (asegurados con 60 a más años de edad), dicha población representan el 14.5% del total de asegurados, lo que quiere decir que Essalud cuenta con 4 puntos porcentuales más que el porcentaje total nacional.

Según lo señalado por (Sanhueza, 2005):

Desde una perspectiva funcional, un adulto mayor sano es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (OMS, 1985). De esta forma, el concepto de funcionalidad es clave dentro de la definición de salud para el anciano, por ello la OMS (1982) propone como el indicador más representativo para este grupo etáreo el estado de independencia funcional (p.19).

La población adulta mayor en esta etapa, genera una mayor demanda de prestaciones de salud y sociales. En ese sentido, las políticas de salud de la Seguridad Social, deberán orientarse en asegurar que la gran mayoría de

los adultos mayores mantengan su autonomía y funcionalidad, así como propugnar, que puedan tener un envejecimiento saludable.

De acuerdo con los registros administrativos que recopila la Gerencia Central de Adulto Mayor y Discapacidad de Essalud, se realizan diversas actividades orientadas a brindar bienestar y promoción social de los adultos mayores, mostrada en la tabla 24, en donde podemos destacar lo siguiente:

Tabla 24

Número de participaciones de los adultos mayores en actividades orientadas a brindar bienestar y promoción social en Essalud, 2014 – 2017

Programa o Actividad para el Adulto Mayor	2014	2015	2016	2017
Envejecimiento activo	1,083,166	999,532	1,017,699	905,410
Auto cuidado y nutrición saludable	86,062	81,306	75,299	73,734
Derechos humanos y ciudadanía	-	78,820	58,711	54,291

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información de los Boletines Estadísticos Anuales que publica Essalud.

Al finalizar el año 2017, se tuvo un total de 85,348 de adultos mayores inscritos, para el desarrollo de las actividades en los 126 Centros de Adulto Mayor (CAM) ubicados en todo el Perú. Dichos asegurados participan activamente en los programas de envejecimiento activo, auto cuidado y nutrición saludable y derechos humanos y ciudadanía. Dichos Programas de la Cartera de Servicios de Gerontología Social, es muy bien recibida por los adultos mayores, dado que busca alcanzar un impacto positivo, mejorando la calidad de vida de los adultos mayores inscritos a nivel Nacional, con un envejecimiento activo y digno. Teniendo en cuenta que dichos programas logra cubrir alrededor del 5% de los adultos mayores, hay muchas actividades por desarrollar, para generar un mayor impacto en la población adulta mayor de la Seguridad Social.

La evaluación de las actividades realizadas, en beneficio de la comunidad por parte de Essalud, según lo recogido en la entrevista y comparado con los resultados de las evidencias documentales, nos muestran avances insuficientes que contribuyan en la mejora de la calidad de vida de la población asegurada y peruana en general. Pese a ello, no solo debe

continuar y mejorar la cobertura de la población con las actividades que se vienen realizando, deben mejorar los sistemas de información para medir las diferentes actividades de educación, actualmente se observa que su registro es manual.

También se puede mencionar que deben perfeccionarse muchos de los procesos actuales que tiene la Institución, especialmente los que están relacionados con el tiempo de espera y la satisfacción de las expectativas de los pacientes, en la obtención de los servicios de salud. Si se optimizan dichos procesos se contribuirá a obtener mejores resultados en favor de los usuarios, tal como lo señalan (Camisón, Cruz, & González, 2006), quienes afirmaron sobre el sistema de control de la gestión por procesos:

Supone centrarse en el grado de contribución a la satisfacción del cliente a través de todos aquellos procesos que se llevan a cabo dentro de la organización. Está formado por una serie de elementos interrelacionados entre sí y con un objetivo común: incrementar la eficacia y eficiencia de los procesos de tal forma que se aumente la satisfacción del cliente. Por tanto, el sistema de control se centrará en variables que proporcionen información sobre los resultados y el funcionamiento del proceso, y por otro lado, variables relacionadas con la satisfacción del cliente (p.868).

Siguiendo los principios del modelo europeo de la calidad EFQM (2013): “Un impacto positivo sobre la sociedad se consiguen mediante el liderazgo en política y estrategia, el uso eficiente de los recursos, y una adecuada definición de los procesos, lo que conduce finalmente a la excelencia de los resultados”. Dicho de otra manera, la Alta Dirección debe tener un compromiso directo con las políticas y estrategias de la Institución, con un mayor involucramiento en el desarrollo de dichas acciones para obtener resultados positivos en la sociedad.

3.7.3.2. Evaluación de las felicitaciones y premios recibidos.

Para evaluar en qué medida la sociedad nacional e internacional reconoce los logros desarrollados por Essalud, en las buenas prácticas de gestión, iniciativas y proyectos de mejora de los servicios ofrecidos, creatividad, entre otros, se recolectó las evidencias documentales sobre los premios recibidos por la Institución. Considerando que estos premios reflejan la percepción que tiene la comunidad y los diferentes estamentos de la sociedad. Según la información registrada en la Memoria Anual que publica todos los años Essalud y la revisión en el internet, se comprobó que Essalud tuvo un total de 7 premios, en el periodo de los años 2015 al 2017, tal como se muestra en la tabla 25 a continuación:

Tabla 25

Número de Premios otorgados en reconocimiento de buenas prácticas e iniciativas que mejoran los servicios en Essalud, 2015 – 2017

Año	Premios		Total
	Nacional	Internacional	
2017	1		1
2016	1	2	3
2015	3		3
Total	5	2	7

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información de la Memoria Anual y las publicaciones en la internet sobre los premios de Essalud.

En el año 2017, Essalud recibió un premio nacional de parte de la Sociedad Nacional de Industrias, por la Gestión de Proyecto de Mejora en el Sector Público, con la reducción del diferimiento de citas y mejora de la calidad en los Laboratorios Integrados de la Red Asistencial Ancash. Dentro de los beneficios que tuvo el proyecto fue que los asegurados recibieron la atención mucho más rápida, se incrementó la productividad de los Laboratorios CORE de la Red, respecto a las órdenes de laboratorio atendidas en 2.5 veces y respecto al análisis por hora del personal de laboratorio en 3.15 veces.

Durante el año 2016, el Seguro Social alcanzó tres premios, uno nacional y dos internacionales. En el caso del premio nacional, recibió las felicitaciones de Ciudadanos al Día (CAD), una importante institución de prestigio, que premia las actividades y proyectos eficientes en la gestión pública. La iniciativa que ganó en Essalud, fue por las Buenas Prácticas en Gestión Pública en la categoría de Educación – Sub Categoría de Educación Ciudadana, con el Programa Reforma de Vida “Sumak Kawsay”, desarrollado por la Gerencia de Medicina Complementaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y cuyo programa logró que más de 19,000 personas en riesgo, incorporen en su vida hábitos saludables.

Para el caso de los premios internacionales, Essalud recibió 2 premios en el año 2016, ambos fueron otorgados por la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), presentado el primero por el Instituto Cardiovascular de Essalud (INCOR) por la iniciativa para mejorar la calidad de atención de Enfermería a través de la implementación de un registro estandarizado en las Unidades de Cuidados Críticos Cardiovasculares del INCOR. Dicha iniciativa tuvo como beneficiarios a los pacientes del Instituto Cardiovascular, permitiendo que se incremente el tiempo del cuidado del paciente por parte de la atención de la enfermera, gracias a la estandarización de datos que influyó en la disminución de los minutos dedicados al registro. El segundo premio otorgado a Essalud fue por la reducción del tiempo de espera de las cirugías con el Plan Confianza, gestionado a través de la Gerencia Central de Operaciones, que alcanzó beneficios para los asegurados en lista de espera quirúrgica, para quienes se disminuyó el tiempo promedio de espera, para que los pacientes fueran operados, de 432 días en el 2013 se redujo a 74 días en el 2015.

En el año 2015, la Seguridad Social alcanzó tres premios nacionales en el Premio de Creatividad Empresarial, organizada por la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. En el primer premio en la categoría Productos y servicios intermedios, la iniciativa que impulsó el INCOR, con la optimización de los resultados de la cirugía valvular cardiaca, a través del uso de la ecocardiografía transesofágica intraoperatoria, logró reducir a cero las

intervenciones de los pacientes por disfunciones valvulares y como efecto la reducción de la estancia hospitalaria, con un ahorro de más de 1 millón 351 mil soles.

El segundo premio, también impulsado y ganado por el INCOR, en la categoría servicio al cliente, con la mejora de la sobrevida y calidad del paciente con insuficiencia cardiaca avanzada, mediante la implementación de un programa de trasplante cardiaco. Dicha actividad genero beneficios con el aumento de la tasa de sobrevida de pacientes trasplantados de 39% a 83%, con la reducción de la tasa de mortalidad y el ahorro de más de 7 millones 323 mil soles. El tercer premio alcanzado por la Gerencia de Medicina Complementaria de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, en la categoría salud e higiene, a través de la implementación de farmacias naturales, con la distinción de innovar el empaque de los medicamentos elaborados con plantas medicinales. Dicha iniciativa tuvo como beneficiarios a los asegurados que recibieron plantas medicinales distribuidas gratuitamente en 15 establecimientos, ubicados en los Centros y Unidades de Medicina Complementaria.

La evaluación de las felicitación y premios recibidos por Essalud, nos demuestran grandes esfuerzos en algunas de las especialidades que tiene la Institución, como son el Instituto Cardiovascular y la Gerencia de Medicina Complementaria, los cuales buscan alcanzar mejoras y logros en sus actividades que desarrollan. Sin embargo, todavía no existe una percepción en la sociedad en su conjunto, que en Essalud se recibe un servicio a plena satisfacción de sus usuarios. Incrementar el reconocimiento de la sociedad y de la comunidad en general, implica ganar la confianza plena de sus asegurados. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENSSA) del año 2015, el 50.9% de sus asegurados confiaba en Essalud, mientras que el 49.5% de ellos desconfiaba en la Institución, porque recibió mucha demora y lentitud en el servicio, porque piensa que es maltratado o porque percibe que hay negligencia y corrupción en la atención que recibe.

Los premios que recibió Essalud, son un indicador importante para señalar que aún el camino es largo, para alcanzar el reconocimiento y felicitaciones de los asegurados. En la medida que la Gestión de la Alta Dirección de la Seguridad Social oriente sus esfuerzos por mejorar los procesos asistenciales, ésta va a repercutir con los beneficios que obtendrán los asegurados y ciudadanos en general, y de hecho se incrementaran los galardones y premios que obtendrán los proyectos de mejora de la Institución.

3.7.4. Resultado de evaluación de la gestión de indicadores de resultados claves

3.7.4.1. Evaluación de la productividad de las actividades asistenciales

En esta parte, se busca identificar cual es la productividad de las actividades y prestaciones de salud que brinda la Institución a sus asegurados, y evaluar en qué medida la productividad genera un impacto positivo, sobre los indicadores claves de Essalud. Para alcanzar buenos resultados en dichos indicadores, debemos partir de la premisa que la Institución en su gestión debió de impulsar estrategias, para garantizar una aplicación adecuada de la gestión de la calidad en la atención. La calidad está relacionada directamente con el concepto de efectividad y es la base para contar con mayor eficiencia y productividad.

Según lo señalado por (Ruelas-Barajas, 1993):

En apariencia y durante mucho tiempo, el énfasis se puso casi de manera exclusiva en la productividad, como si al mejorar ésta se incrementaría, en consecuencia, el nivel de calidad. El resultado obviamente no fue el esperado pues, si bien se mejoró la productividad, en muchos casos se pudo constatar un deterioro en la calidad (pp.302-303).

Lo mencionado por el investigador mexicano, coincide con lo citado por el funcionario normativo entrevistado en la presente investigación, quien

señaló que no basta ser eficiente, sino que debe alcanzarse la efectividad con la gestión de la calidad:

Los indicadores de producción son buenos, pero lo que mide es producción y la eficiencia, pero no te mide la efectividad, ni la calidad. Ese es el problema, se puede ser una persona eficiente, pero puedes estar afectando la calidad y la efectividad. Vas a tener una bola de nieve, que se va haciendo cada vez mayor, hasta que tu sistema colapse. (E03)

Para Ruelas-Barajas (1993), con la mejora de la eficiencia de la producción asistencial, no siempre se consigue mejorar la calidad en los servicios de salud. Por ello, recomienda como prioridad garantizar la calidad y los procesos, para lograr un incremento de la productividad de los servicios. A continuación, el investigador cita lo siguiente:

Cuando la prioridad es el incremento de la productividad per se, y se pierde de vista que el objetivo de los servicios de salud es no sólo dar más, sino mejor, la productividad se convierte en un fin en sí misma, por demás irracional, y el deterioro en la calidad es lógico. Cuando la prioridad es garantizar la calidad y se analizan y mejoran procesos y procedimientos, ello puede conducir a un incremento racional de la productividad y eficiencia del sistema.

Asimismo, con la finalidad de complementar los alcances de la productividad en salud, se recogió las impresiones del funcionario experto en gestión de calidad, quien resaltó en la entrevista, la importancia de enfocar los objetivos e indicadores de los planes de salud, orientados a los asegurados. Según el experto, Essalud ha intentado optimizar más la gestión de la oferta de los servicios de salud, pero descuidando en mejorar la salud de los asegurados en función de la gestión de la demanda:

Las políticas de salud en el año 1998 tuvieron una recomendación de tipo general. Los indicadores y los objetivos de los planes debían estar enfocados en la salud de las personas, porque en verdad, en términos de gestión de los servicios de salud y de los hospitales tenemos dos bloques: La gestión de la salud, que es lo que el asegurado va a demandar, la mejora de la salud y la gestión de la oferta de los servicios. Entonces la Institución sigue enfocada en gestión de la oferta, como manejo de la producción, la productividad, la cantidad de días cama disponible, rendimiento horas hombre, porcentaje de ocupación, todos los indicadores que manejamos, son indicadores de oferta, y son su presente de gestión, de quien maneja la Institución. [...] No es que esté en contra del indicador, sino que no debe ser lo prioritario, sino que también no hemos actuado más en mejorar la salud de la gente. (E02)

Asimismo, el experto de gestión de calidad, ratifica lo que se evidencia en la presente evaluación, que los procesos asistenciales en Essalud no han sufrido mejoras y cambios en muchos años. La experiencia aplicada en estos años en los servicios de salud, nos demuestran que han sido siempre lentos y complejos. Hasta el momento, no se ha logrado en el cuidado de la salud de los asegurados, integrar la gestión por procesos, ni mucho menos alcanzar la calidad del servicio, porque esta última depende, del desarrollo e integración de los procesos asistenciales. Según el experto entrevistado, la Institución avanzó en estructurar el área de producción de las actividades asistenciales, pero esta ha sido insuficiente para lograr buenos resultados en la gestión sanitaria:

Si bien Essalud es una Institución bastante grande, y que muchas cosas se trabajan de una forma bastante estructurada, tenemos muchos problemas de proceso que son bastante complejos. Hemos avanzado en estructurar el área de producción de actividades y de la evaluación de la producción de las actividades. (E02)

Para evaluar en qué medida la productividad de las actividades asistenciales alcanzan un buen resultado como indicador clave, se exhibe las evidencias documentales de la producción asistencial, que fueron registrados en la Institución en el Servicio de Consulta Externa, a partir de la información del Sistema Estadístico de Essalud, la cual es publicada en el anuario estadístico oficial de la Institución, mostrando los datos de la tabla 26 que se muestra a continuación:

Tabla 26

Indicadores de productividad y eficiencia del servicio de Consulta Externa de los Establecimientos de Salud en Essalud, 2012 – 2016

Actividades / Recursos	2012	2013	2014	2015	2016
Total de Consultas Médicas	17,363,338	18,000,637	18,472,110	20,172,896	20,603,474
Total de Horas Efectivas	3,636,741	3,796,818	4,245,554	4,290,452	4,359,028
Nº Consultantes Atendidos	4,847,366	4,997,017	5,192,138	5,402,872	5,552,409
Nº de Médicos en Cons. Externa	6,632	6,814	7,666	8,022	8,475
Nº de Consultorios Físicos	2,362	2,434	2,741	2,802	2,902
Indicadores					
Productividad del Médico	4.77	4.74	4.35	4.70	4.73
Promedio Consultas por Médico	2,618.1	2,641.7	2,409.6	2,514.7	2,431.1
Promedio Consultantes por Médico	730.9	733.3	677.3	673.5	655.2
Productividad de Consultorio	7,351.1	7,395.5	6,739.2	7,199.5	7,099.7

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información del Sistema Estadístico de Salud de Essalud.

De acuerdo al Artículo 9 del Decreto Ley N° 559 “Ley del Trabajo Médico”, aprobado el año 1990 en el gobierno de Alan García, la jornada laboral del médico es de 6 horas diarias, 36 horas semanales o 150 horas mensuales. Del indicador de Productividad del Médico (consultas médicas / horas efectivas), se puede señalar en la tabla anterior que, en el año 2016 los médicos en promedio realizaron 4.73 consultas en una hora de trabajo efectivo, como el médico debe trabajar hasta 4 horas por día en consulta ambulatoria, en promedio realizó 19 consultas médicas en un día; mientras que, en el año 2014 que tuvo un valor mucho más bajo, con un indicador 4.35 por hora, entonces los médicos en dicho año realizaron 17 consultas al día en promedio. Se aprecia que en el año 2016 en un día promedio hicieron 2 consultas más de lo realizado en el año 2014.

Según lo señalado por la Secretaria de Salud de México (2012):

La productividad se puede definir como la relación entre los productos y los recursos empleados para producirlos. Si el nivel de producción se mantiene, pero los recursos aumentan, hay una disminución de la productividad. Si, por el contrario, se incrementan los productos con el mismo nivel de recursos, la productividad aumenta y se dice que la eficiencia ha mejorado.

Lo planteado por la Secretaría de Salud de México, nos ayuda a tener una referencia, para poder comparar la productividad de los consultorios físicos (consultas médicas / consultorios físicos) en Essalud. Podemos apreciar que dicha productividad ha tenido vaivenes, siendo el año 2013 en donde la producción asistencial de los consultorios físicos fue mayor, donde esta produjo en promedio 7,395 consultas médicas, mayor a las 7,099 consultas médicas efectuadas en el año 2016. Esto significa que la productividad de los consultorios físicos en el año 2016 fue inferior al año 2013.

Por otro lado, tanto el promedio de consultas por médico (consultas médicas/número de médicos) y el promedio de consultantes por médico (consultantes atendidos/número de médicos) también se observa que en el 2013 se obtiene 2,641 consultas por médico, mientras que en el 2016 la cifra disminuyó a 2,431 consultas por médico, igualmente se observa un comportamiento similar en el promedio de consultantes atendidos por médico.

La evaluación de los resultados de los indicadores de productividad, según las evidencias mostradas, las entrevistas y las posturas teóricas, nos señala que la producción de salud actual no genera un impacto positivo, porque no tiene como propósito la gestión de la calidad y la efectividad, sino que la aplicación de la producción como un fin no ha logrado alcanzar resultados satisfactorios en la gestión. Dicho de otra manera, la producción solo busca eficiencia, pero vista de una manera aislada de la gestión de la calidad, sin la aplicación de la mejora de la gestión de los procesos, se vuelve

prácticamente inútiles los esfuerzos que se hagan para incrementar los resultados de los indicadores claves y la satisfacción de los asegurados.

3.7.4.2 Evaluación de la sostenibilidad financiera y rentabilidad

Las organizaciones sanitarias en el mundo, requieren ser sostenibles para financiar las actividades que brindan a sus asegurados. La razón por la cual muchos ciudadanos no logran acceder a una consulta médica o a una determinada prestación de salud, social o económica, radica básicamente a la falta de recursos para sostener los servicios. Para que funcione como tal el Sistema de Seguridad Social, requiere de aportes financieros que solventen las prestaciones que deben recibir sus asegurados. De acuerdo a la Ley N° 27056 “Ley de Creación del Seguro Social de Salud (Essalud)”, se establece que los empleadores (empresas) deben realizar un pago mensual del 9% de la Remuneración Mínima Vital (RMV) de sus trabajadores. En el año 2017, la RMV fue S/ 850.00 soles, esto significa que, si el trabajador tuvo un sueldo de 850 soles, el empleador debió aportar mensualmente en dicho año, el monto de S/ 76.5 soles.

Es preciso señalar que los recursos del Sistema de la Seguridad Social, son financiados únicamente con los aportes que efectúa el empleador, a sus trabajadores asegurados. Al mes de setiembre del año 2017 se registró un total de 5'796,531 de afiliados titulares, sobre los cuales la SUNAT recaudan los ingresos de los aportantes del seguro, por encargo de Essalud; a continuación se muestra la población de asegurados en el periodo 2013-2017, según la tabla 27 adjunta:

Tabla 27

Indicadores de crecimiento de la población asegurada de Essalud, 2013 – 2017

Asegurados	2013	2014	2015	2016	2017
Población Asegurada	10,285,389	10,038,008	10,754,665	10,937,079	10,283,078
Titular	5,628,391	5,790,017	5,819,773	6,201,373	5,796,531
Derechohabiente	4,656,998	4,247,991	4,934,892	4,735,706	4,486,547
Indicadores de población					
% Crecimiento Asegurados		-2%	7%	2%	-6%
% Crecimiento Titular		3%	1%	7%	-7%
% Crecimiento Derechohabiente		-9%	16%	-4%	-5%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información del Sistema Estadístico de Salud de Essalud.

Tal como se puede observar, el crecimiento o disminución del ingreso de los aportes del seguro, están relacionados directamente con la variación de la Población Económicamente Activa y por ende con la cantidad de los asegurados titulares. Es de conocimiento, que la población asegurada está conformada por los titulares (trabajadores sobre las cuales el empleador realiza el aporte) y los derechohabientes (familiares que también reciben los beneficios de los servicios de Essalud). Al mes de setiembre del año 2017, se observa en la tabla anterior que luego de un crecimiento de la población asegurada en los años 2014 y 2015, se presenta una disminución del crecimiento de los asegurados en -6%, así mismo de la población titular en -7%, ambos respecto al año 2016.

Por otra parte, para hacer una revisión de la capacidad financiera de la Institución, se presenta una tabla, a través del cual se puede conocer los montos de ingreso por aportes que realizan los empleadores a Essalud y los gastos que destina la Institución para brindar los servicios. También podemos apreciar que a partir del año 2014, los saldos económicos vienen decreciendo progresivamente. Essalud tuvo un ingreso total anual de S/ 9,983'867,197 soles, la cual incluyó los ingresos operativos, financieros y de capital durante el año 2016, mientras que los egresos totales fueron S/ 10,047'829,104 soles, que comprendieron los egresos operativos y los gastos de capital. Se observa que en el año 2016 se obtiene un resultado negativo de S/ 63'961,907 soles como déficit, la cual es una alerta de un posible desequilibrio financiero que viene surgiendo en los últimos años, según como se muestra en la tabla 28 a continuación:

Tabla 28

Ejecución presupuestal de ingresos y egresos de Essalud, 2013 – 2016

Proceso Financiero	2013	2014	2015	2016
Ingresos Operativos	8,068,845,162	8,653,476,797	9,235,000,028	9,804,525,771
Egresos Operativos	7,096,576,148	8,183,360,587	8,773,580,865	9,736,031,353
Saldo Operativo	972,269,014	470,116,210	461,419,163	68,494,418
Ingresos financieros GIF	106,922,971	135,652,934	158,322,463	177,241,803
Ingresos de Capital	2,099,624	2,099,624	2,099,624	2,099,624
Gastos de Capital	239,487,744	226,467,591	210,132,150	311,797,752
Saldo económico	841,803,865	381,401,177	411,709,101	-63,961,907

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información presupuestal de la Gerencia Central de Gestión Financiera.

En Essalud, los ingresos operativos están conformados por las aportaciones, los ingresos financieros de tesorería, los ingresos extraordinarios y otros; mientras que los egresos operativos, tiene una mayor relación de conceptos, está conformado por la compra de bienes y servicios, el gasto de personal, el pago de la planilla de los cesantes, los tributos, los gastos diversos de gestión, los gastos financieros, la transferencia de fondos a la ONP por los jubilados y otros. Haciendo una comparación entre los fondos de los ingresos operativos y los gastos operativos, en los últimos años se observa un estrechamiento entre el ingreso y el gasto, en donde los gastos son cada vez mayores, y los ingresos han comenzado a reducirse, acercándose los egresos a la línea de los ingresos, lo cual es una alerta de un posible déficit de recursos financieros que podría impactar sobre las operaciones y marcha de la Institución. A continuación se muestra la figura 4, con el siguiente gráfico:

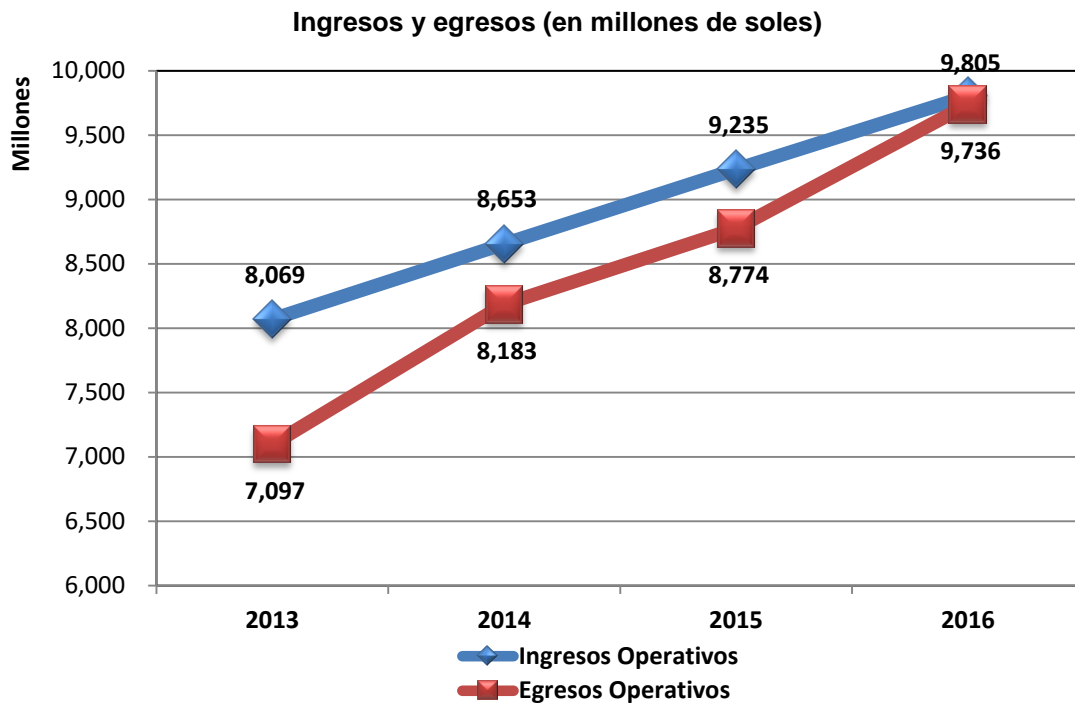


Figura 4: Ejecución de ingresos y egresos, Essalud, 2013-2016

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los ingresos financieros de la Gerencia Central de Gestión Financiera de Essalud.

Para conocer el comportamiento de los resultados operativos, veremos que el saldo operativo de la Tabla N° 28, es la diferencia entre los ingresos operativos menos los egresos operativos; sin embargo como consecuencia de la gestión financiera que realiza Essalud, se generan otros conceptos sobre la cual se calcula el saldo económico de la Institución. En los conceptos se incluye los ingresos financieros de tesorería, los ingresos de las inversiones en los mercados de capitales y los gastos de capital.

Entonces, el saldo económico de la Institución se calcula sobre la base del saldo operativo, sumando los ingresos financieros, los ingresos de capitales y restando los gastos de capital. Los saldos económicos, están teniendo en los últimos cuatro años en Essalud un comportamiento decreciente, siendo positivo en los años del 2013 al 2015, pero observando un déficit de 64 millones para cubrir los gastos operativos, según como se muestra en la figura 5 con la gráfica siguiente:

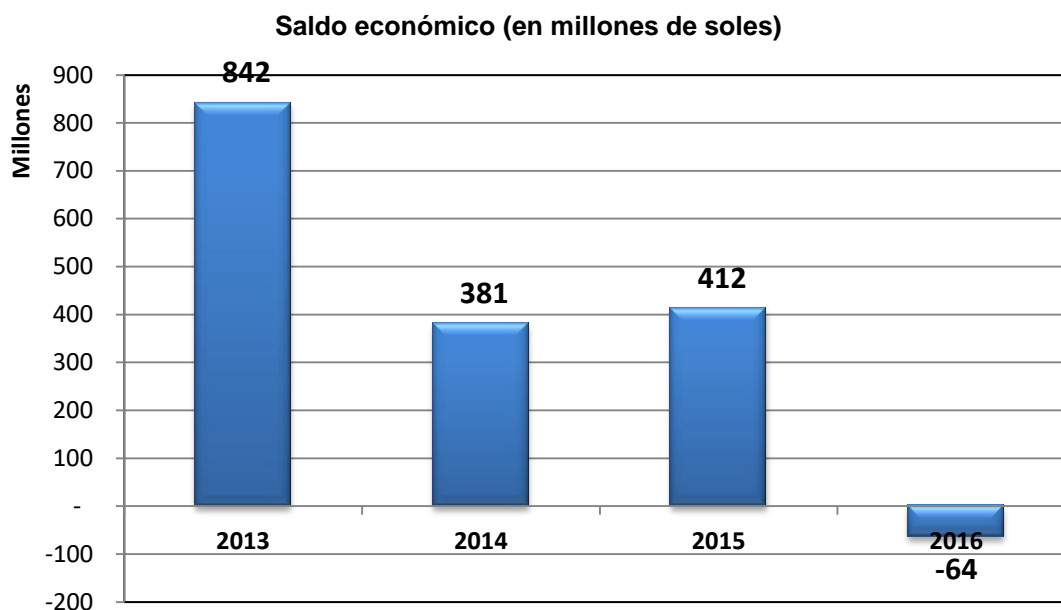


Figura 5: Saldo económico, Essalud, 2013-2016

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los ingresos financieros de la Gerencia Central de Gestión Financiera de Essalud.

Para analizar, que podría estar sucediendo con las finanzas de Essalud, vamos a revisar primero los ingresos y luego los gastos de la Institución. Por el lado de los ingresos, vamos a evaluar como se viene comportando los ingresos por aportaciones. En la siguiente tabla 29, se muestran los ingresos por aportaciones, se observa que en el periodo 2013-2016 los aportes crecieron anualmente, mientras que en el año 2013 tuvo un incremento de los aportes del 11.8%, los siguientes años desde el 2014 al 2016 se aprecia una desaceleración de la tasa de crecimiento en el rango del 6% y 7%. Asimismo, se observa un incremento del ingreso del 21.2% como variación del crecimiento entre 2016-2013:

Tabla 29

Ingresos por aportaciones y porcentaje de incremento de los aportes de los titulares de Essalud, 2013 – 2016

Concepto	2013	2014	2015	2016
Ingresos por Aportaciones	8,044,837,029	8,633,196,745	9,172,010,551	9,753,042,082
% Crecimiento Aportes	11.8%	7.3%	6.2%	6.3%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información presupuestal de la Gerencia Central de Gestión Financiera.

A continuación se acompaña un gráfico en la figura 6, con el crecimiento de las aportaciones en Essalud:

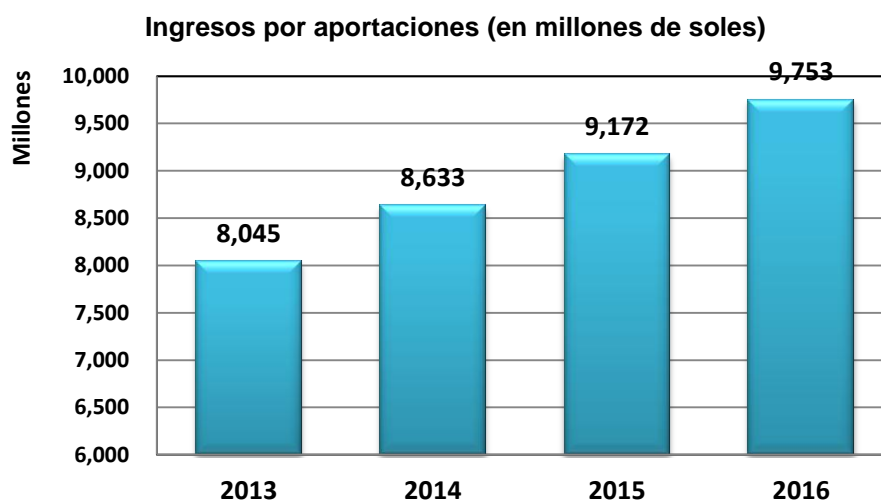


Figura 6: Ingresos por aportaciones, Essalud, 2013-2016

Fuente: Elaboración propia sobre la base de los ingresos financieros de la Gerencia Central de Gestión Financiera de Essalud.

Para analizar los conceptos del gasto operativo de la Seguridad Social, se muestra la tabla 30 siguiente:

Tabla 30

Egresos operativos según conceptos y porcentaje de incremento de los egresos de Essalud, 2013 – 2016

Egresos Operativos	2013	2014	2015	2016
Total de egresos	7,096,576,148	8,183,360,587	8,773,580,865	9,736,031,353
Compra de bienes y servicios	2,277,273,061	3,026,454,110	3,255,364,193	3,951,248,527
Gastos de personal	2,822,386,818	3,056,221,140	3,408,788,214	3,632,144,552
D.L. 20530 - planilla cesantes	421,590,806	440,294,809	426,827,767	426,112,288
Tributos	825,530,396	877,412,222	875,952,519	917,163,258
Por cuenta propia	213,137,907	227,929,899	236,434,980	233,626,123
Por cuenta de terceros	612,392,489	649,482,322	639,517,539	683,537,135
Gastos diversos de gestión	560,940,280	589,150,247	634,983,167	635,491,167
Gastos financieros	1,967,769	2,923,846	2,183,804	2,839,540
Transferencia a ONP D.L. 18846	168,177,785	171,096,447	155,193,056	152,135,698
Otros	18,709,233	19,807,767	14,288,145	18,896,321
Indicadores de egresos operativos				
% Crecimiento de los egresos operativos		15.3%	7.2%	11.0%
% Crecimiento de bienes y servicios		32.9%	7.6%	21.4%
% Crecimiento del gasto de personal		8.3%	11.5%	6.6%
% Crecimiento de planilla cesantes		4.4%	-3.1%	-0.2%
% Crecimiento de tributos		6.3%	-0.2%	4.7%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información presupuestal de la Gerencia Central de Gestión Financiera.

Se puede observar respecto a los totales del gasto operativo, que en los años 2014 y 2016 han venido creciendo 15.3% y 11% respectivamente, mientras que en el año 2015, se muestra una restricción del gasto en 7.2%. Lo cual es un indicador que los gastos crecen de manera sostenida, como consecuencia principalmente del incremento del gasto en bienes y servicios, así como de los gastos de personal. Asimismo, se observa un incremento del egreso del 37.2% como variación del crecimiento entre 2016-2013:

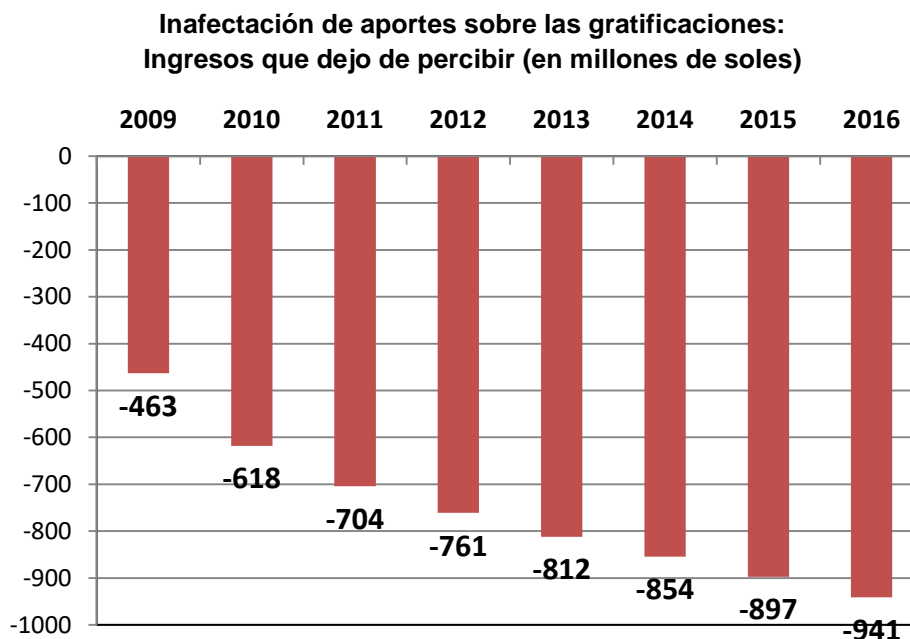
Con la finalidad de complementar la evaluación, se tomo la opinión de funcionario normativo de Essalud, quien señaló la importancia que tiene el manejo eficiente de los costos unitarios en los productos asistenciales, con la finalidad de mantener la sostenibilidad financiera de la Institución:

La gestión de los costos unitarios de los productos asistenciales nos apoya a resolver y solventar los problemas económicos y la sostenibilidad económica financiera. Essalud es una Institución que sobrevive gracias a sus aportes y gracias a la mancomunación de fondos, tenemos que lograr que esa mancomunación sea altamente eficiente, para que logremos utilidad, si tiene que usarlo. (E03)

De acuerdo a la evaluación realizada, sobre la situación financiera de Essalud, podemos decir que encontramos evidencias de problemas de financiamiento, para cubrir las prestaciones que se brindan a los asegurados. Dichos problemas financieros, estarían apareciendo como consecuencia de la promulgación de la Ley N° 30334, “Ley que establece medidas para dinamizar la economía en el año 2015, referidas a inafectación de las gratificaciones legales y la disponibilidad de la Compensación por Tiempo de Servicios”, de las contribuciones y aportes a ESSALUD, las cuales son destinadas a los trabajadores como “bonificación extraordinaria de carácter temporal no remunerativa ni pensionable”.

Como consecuencia de la citada Ley, Essalud comenzó a dejar de percibir alrededor del 10% de lo que recauda anualmente por concepto de

aportaciones. Para el año 2016 se estimó el monto de S/ 950 millones, que la Institución dejó de percibir, como consecuencia de la inafectación de las gratificaciones de julio y diciembre. Cabe señalar que antes de la aplicación de dicha Ley, el Congreso de la Republica comenzó a aplicar la inafectación de las gratificaciones, la cual genero menores ingresos desde los años 2009 al 2016, según se muestra en la figura 7 con la gráfica, según los datos proporcionados por la Institución:



*Figura 7: Inafectación de aportes sobre las gratificaciones:
Ingresos que dejó de percibir, Essalud, 2009-2016*

*Fuente: Elaboración propia sobre la base de las estimación
realizada por la Gerencia Central de Gestión Financiera de Essalud.*

Es indiscutible que la mencionada Ley, genera una repercusión sobre la sostenibilidad financiera, si calculamos el monto total que dejó de percibir la Seguridad Social desde el año 2009 hasta el año 2016, se estima el monto de 6 mil cincuenta millones de soles, en todos estos años. Lo cual lógicamente genera un impacto sobre las finanzas de Essalud, lo que representa el 62% del total de los ingresos por aportaciones del año 2016, una cifra importante que repercute en los gastos operativos y en general sobre todas las operaciones de la Institución.

También es cierto, que a través del Ministerio de Economía se han emitido disposiciones en materia de política económica, las cuales permitieron incrementar la Remuneración Mínima Vital. Como consecuencia y gracias a ello, se ha paliado la caída del ingreso en Essalud, ocasionando una mayor recaudación. La RMV pasó de 650 soles en el mes de agosto del año 2011, a subir a 750 soles en junio del año 2012 y luego incrementarse finalmente en 850 soles en mayo del 2016, según como se observa en la tabla 31 siguiente:

Tabla 31

Evolución de la remuneración mínima vital en el Perú, 1992 – 2016

Dispositivo	Vigencia		Obreros	Empleados (mensual)
D.S N° 003-92-TR	Del 09.02.1992	al 31.03.1994	S/. 2.40	S/. 72.00
D.U. N° 10-94	Del 01.04.1994	al 30.09.1996	S/. 4.40	S/. 132.00
D.U. N° 73-96	Del 01.10.1996	al 31.03.1997	S/. 7.17	S/. 215.00
D.U. N° 27-97	Del 01.04.1997	al 30.04.1997	S/. 8.83	S/. 265.00
D.U. N° 34-97	Del 01.05.1997	al 30.08.1997	S/. 10.00	S/. 300.00
D.U. N° 74-97	Del 01.09.1997	al 09.03.2000	S/. 11.50	S/. 345.00
D.U. N° 12-2000	Del 10.03.2000	al 14.09.2003	S/. 13.67	S/. 410.00
D.U. N° 22-2003	Del 15.09.2003	al 31.12.2005	S/. 15.33	S/. 460.00
D.S N° 016-2005-TR	Del 01.01.2006	al 30.09.2007	S/. 16.67	S/. 500.00
D.S N° 022-2007-TR	Del 01.10.2007	al 31.12.2007	S/. 17.67	S/. 530.00
D.S N° 022-2007-TR	Del 01.01.2008	al 30.11.2010	S/. 18.33	S/. 550.00
D.S N° 011-2010-TR	Del 01.12.2010	al 31.01.2011	S/. 19.33	S/. 580.00
D.S N° 011-2010-TR	Del 01.02.2011	al 14.08.2011	S/. 20.00	S/. 600.00
D.S N° 011-2011-TR	Del 15.08.2011	al 31.05.2012	S/. 22.50	S/. 675.00
D.S. N° 007-2012-TR	Del 01.06.2012	en adelante	S/. 25.00	S/. 750.00
D.S. N° 005-2016-TR	Del 01.05.2016	en adelante	S/. 28.33	S/. 850.00

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información del Colegio de Contadores Públicos de Arequipa.

Otros aspecto importante a considerar sobre la sostenibilidad financiera de Essalud, es el financiamiento de los servicios que ésta brinda no tiene ningún respaldo directo del Estado, como si sucede en otros países como Costa Rica, México, entre otros, que si asume una tasa de aporte.

Según lo señalado por Ballast y Mohr (2012): “El financiamiento de un sistema de asistencia sanitaria será sostenible cuando pueda garantizarse a largo plazo las prestaciones actuales prometidas a un grupo actual de individuos asegurados”.

La sostenibilidad financiera es la capacidad que tiene una organización para financiar los compromisos de gastos presentes y futuros, debiendo de considerar las restricciones presupuestales por el déficit y las deudas que tenga la Institución. La sostenibilidad financiera en Essalud implica diversas medidas que debe adoptar la entidad, para mejorar la forma de organización, los procesos, la optimización de los recursos, la reducción de la ineficiencia, el control, la reducción de los costos de producción hospitalarios y todo lo que implique la mejora sustancial de los servicios, con el apoyo de la tecnología.

La sostenibilidad financiera aplicado a la Gestión de la Salud, involucra un manejo eficiente de la gestión hospitalaria y al desarrollo de la gestión de la prevención de la salud y de la calidad. La Institución requiere desarrollar una política Institucional que oriente de manera prioritaria a mejorar la prevención y la detección temprana de enfermedades crónicas, la reducción de la incidencia de las enfermedades huérfanas o también llamadas catastróficas y por supuesto a brindar acceso oportuno a los servicios de salud, en especial en el primer nivel de atención.

Para revisar el nivel de la rentabilidad financiera que tiene la Institución, recopilamos lo señalado en la entrevista por el funcionario normativo de Essalud, quien señaló que la rentabilidad depende, de cuánto impacte la carga del daño en salud, de la población adulta mayor sobre los gastos operativos, dado que ésta podría crecer significativamente por encima de los ingresos, haciendo inviable la rentabilidad. A continuación el funcionario señaló lo siguiente:

Si hablamos de rentabilidad económica en la Institución, bajo el modelo que seguimos basados en aportes de la Seguridad Social, se podrá mantener eso por muchos años, pero dependerá mucho del envejecimiento de la población, de la carga del daño que se tenga. (E03)

La evaluación de los resultados de los indicadores de sostenibilidad financiera y rentabilidad de Essalud, según las pruebas mostradas en la

presente investigación, con las entrevistas y el marco teórico, nos advierte que la situación financiera institucional, viene ingresando en el año 2016 en una etapa de serias restricciones presupuestales, como consecuencia del crecimiento del gasto y del freno del crecimiento de los aportes. Ambas dimensiones tienen una problemática que debe abordarse de manera integral, teniendo como principios, el incrementar la eficiencia del gasto, mejorando el modelo de la asignación de recursos, priorizando el gasto preventivo sobre el recuperativo en los establecimientos de salud, implementar medidas para mejorar los ingresos por aportaciones, elevando las fiscalizaciones a los empleadores, incrementando la tasa de recuperación, disminuyendo la tasa de morosidad y deudas con entidades del Estado; realizar un estudio técnico para disminuir el porcentaje del 30% de la reserva técnica de Essalud, pudiendo disponer de liquidez financiera para realizar inversiones y por último, mejorar el modelo de costos de las prestaciones, para tener un mayor control de los costos unitarios de las prestaciones que realiza la Institución, con la finalidad de garantizar la eficiencia en el gasto y puedan los asegurados tener la confianza que las finanzas son manejados de manera óptima y que no existe riesgos de desequilibrios financieros.

IV. Conclusiones

Primera: La presente investigación cualitativa tiene el propósito de evaluar los resultados de gestión de calidad bajo el modelo EFQM, a fin de mejorar la gestión de las Oficinas de Gestión de la Calidad de Essalud. La evaluación concluye que aún son insuficientes las acciones y medidas implementadas en la gestión de calidad, los cuales no han garantizado: a) la satisfacción de los asegurados de los servicios asistenciales que éste recibe, b) la satisfacción del personal asistencial de salud para la mejora de los servicios asistenciales, c) el impacto social en la sociedad peruana y d) el logro de resultados positivos sobre la gestión de los indicadores de resultados clave, que optimicen la situación financiera de la Institución.

Para garantizar la veracidad del estudio, se recurrió a la estrategia de la triangulación, a través del cual se validaron los instrumentos de investigación, con la aplicación de entrevistas a los funcionarios y expertos, así como el análisis documental sobre el resultado de los indicadores, comprobando que lo señalado por los entrevistados coincidió en la mayoría de los casos con la información recopilada en Essalud y con lo citado en el marco teórico.

Segunda: En la evaluación se evidencia la existencia de insatisfacción de los asegurados de Essalud, debido a dificultades y barreras que tienen para recibir servicios con un buen nivel de calidad. La insatisfacción entre otras razones es evidenciada por la gran cantidad de quejas y reclamos que se registran diariamente. En el año 2016, se tuvo un promedio diario de 254 reclamos registrados a nivel nacional en todo Essalud y una tasa de 137 reclamos por cada 10,000 consultantes atendidos. Los reclamos nos son atendidos oportunamente, por una débil capacidad de gestión, la gestión de las quejas y reclamos, requiere fortalecerse mucho más, a través de la optimización de los procesos, las cuales están directamente relacionadas con la satisfacción del servicio asistencial.

Los Hospitales y Establecimientos de Salud de la Seguridad Social requieren mejorar y fortalecer la organización, estructura y sincronización de los procesos de gestión de reclamos, asignando directamente las responsabilidades y compromisos de todo el personal asistencial, para el seguimiento y resolución de las quejas, se debe

involucrar al director, a los funcionarios, a los profesionales de la salud y a la guardianía de los servicios, de tal manera participen de manera coordinada e integrada, para mejorar la atención, resolviendo las dificultades y barreras que tiene los pacientes asegurados para recibir los servicios que brinda Essalud.

La evaluación del tiempo promedio de espera que soportan los pacientes para ser intervenidos quirúrgicamente, no son nada satisfactorios. Lo mencionado por los entrevistados, concuerdan con las cifras que se expone en el presente estudio. Los usuarios de Essalud en el año 2016 se demoraron un tiempo promedio de 80 minutos para ser atendidos en consulta externa, un tiempo muy alto comparado a los 57 minutos que tomaron los pacientes de las clínicas privadas, quienes tuvieron una mejor gestión del tiempo de atención. Se comprueba que existen anomalías en la gestión, para resolver de manera clara y contundente, los procesos de gestión de los tiempos de espera de los pacientes de los servicios de Consulta Externa y Centro Quirúrgico.

Essalud requiere implementar mejores métodos y sistemas que reduzcan los tiempos de espera de sus pacientes. De acuerdo al presente estudio, los asegurados esperaron 14 días en promedio en el año 2016, para obtener una cita para atención médica en el servicio de consulta externa, por otro lado, las clínicas privadas tuvieron un mejor resultado que Essalud, sus pacientes esperaron en promedio 6 días. Si bien es cierto, la implementación de mejores métodos y sistemas pueden ser costosos, pero son necesarios aplicarlos, tal como algunas entidades públicas en otros países y clínicas privadas en el Perú, lo han realizado y han logrado mejorar las expectativas de sus pacientes, de esta manera se podría garantizar un mejor servicio, reduciendo el tiempo de respuesta en la atención a los pacientes.

Al evaluar el nivel de transparencia de la información para pacientes y familiares, se evidencia la necesidad de incrementar las acciones que conduzcan a generar un mayor impacto, en la comunicación que brinda la Institución sobre sus pacientes. Según lo señalado por los expertos entrevistados todavía en Essalud es limitado el nivel de información que disponen los pacientes, sobre la atención que reciben, en comparación a lo que sucede en otros países como en Europa y EEUU, en donde

existe una mayor cantidad de normas y estándares que se aplican de manera rigurosa. Se debería impulsar campañas integrales y coordinadas, para mejorar el nivel de acceso a la información y los métodos de comunicación con los pacientes de Essalud, directamente en cada Establecimiento de Salud.

Essalud debe priorizar el control y monitoreo de los indicadores relacionados con la satisfacción del asegurado, la aplicación del modelo de excelencia de la gestión de la calidad EFQM, le permitirá incrementar los resultados de sus indicadores de gestión, así como de la mejora de la eficiencia y eficacia de la Oficina de Gestión de la Calidad de Essalud.

Se demuestra que existe insatisfacción en los pacientes asegurados, provocado por dificultades y barreras que tienen para recibir los servicios de salud de calidad.

Tercera: En la evaluación se evidencia de la existencia de insatisfacción en el personal asistencial de salud y de la falta de mayor compromiso para mejorar los servicios asistenciales de Essalud, debido a insuficientes mejoras de la calidad de vida y bienestar laboral, pocos incentivos e insuficiente motivacional del personal de salud, dentro de la gestión del desarrollo del personal. La insatisfacción de los médicos entre otras razones, se evidencia a través de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud, elaborado en el año 2016 por SUSALUD, en donde se identifica al 20.7% de los médicos que no se encuentra satisfecho con el trabajo que realiza, resultado muy alto comparado al 15.1% de insatisfacción que presentan las clínicas privadas. Mientras que por el lado de los profesionales de enfermería, la citada encuesta si encuentra un resultado bueno en todo el sector salud, en donde se distingue que el 16.3% de enfermeras no está satisfecho, muy inferior al 25.7% de insatisfacción que se muestra en las clínicas privadas.

La evaluación de la satisfacción y motivación de los trabajadores asistenciales, según las entrevistas realizadas y complementadas con los resultados de las evidencias documentales, nos muestran pocos avances en las mejoras que orienta Essalud para asegurar la completa satisfacción y motivación del personal de salud. Es indispensable

fortalecer las políticas de gestión de competencias, así como de incentivos de todo el personal, impulsando el nivel de integración de su sistema de información, con una estructura fuerte de supervisión pero con control de resultados, elevando el nivel productividad basado principalmente en resultados. De esta forma se fomente la participación de los trabajadores para brindar un mejor servicio a los pacientes de Essalud.

Las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo para los trabajadores asistenciales de los Hospitales y Establecimientos de Salud de Essalud, según lo señalado por los entrevistados y comparadas con los resultados de las evidencias documentales, nos muestran un avance aceptable en las mejoras que realiza Essalud para contribuir a mejorar la calidad de vida de los trabajadores y a disminuir las enfermedades ocupacionales. Según los registros de intervenciones ocupacionales del Centro de Prevención de Riesgos del Trabajo (CEPRIT) de Essalud, en el año 2016 se consignó un total de 14,741 de capacitaciones a los trabajadores, las cuales incluyeron entrenamiento, motivación, transferencia de conocimientos y el desarrollo de habilidades para la prevención de los riesgos del trabajo asistencial, asimismo, en el 2016 se realizó la evaluación médica ocupacional de 1,471 trabajadores asistenciales, quienes están expuestos al riesgo ocupacional en los establecimientos de salud y en las empresas, valorando su salud con ayuda diagnóstica. Sin embargo, es importante anotar que debe mantenerse lo logrado hasta el momento, pero asegurando que no falte los accesorios o insumos al trabajador, en las condiciones laborales donde realizan sus labores asistenciales. Es vital darle seguridad, confianza y confort al personal de salud en los trabajos que realizan, para lo cual es importante identificar y focalizar la cantidad de trabajadores que están expuestos al riesgo, para minimizar inmediatamente cualquier evento adverso que pudiera presentarse.

La evaluación comprueba el bajo nivel que tiene el impacto de la capacitación y la poca cobertura presupuestal para la formación y desarrollo que reciben los trabajadores de salud, con la finalidad de incrementar su conocimiento, habilidades y actitudes, en función de las necesidades de los puestos laborales que requiere la Institución. Los

resultados del estudio relacionados con el presupuesto destinado para capacitar al personal de salud, confirman lo señalado en la entrevista por el experto en gestión de calidad, los trabajadores reciben montos reducidos en capacitación. En el año 2016, para una cantidad de 54,575 trabajadores de Essalud, entre asistencial y administrativo, se asignó un monto de 7'705,344 soles, lo cual implica un gasto anual (debería ser inversión) en monto por cápita de 141 soles por cada trabajador, es decir, se destina el 0.08%, menos de 1% en capacitación, respecto al presupuesto total de los egresos de la Institución. Entendimos que el estudio tenía que encontrar cambios en el proceso de aprendizaje del personal de salud y encontrar aspectos positivos que contribuyeran a los objetivos institucionales. Sin embargo, no se encontraron importantes avances en la gestión de las competencias del personal y no existen logros relevantes que se contrasten con la mejora de la calidad del servicio. Es impostergable que la Institución de un giro total en el modelo de gestión de la capacitación, dotando de mejores recursos, comprometiendo a que el gasto en capacitación, sea considerado como una inversión del capital humano, orientados por sobre todo a los objetivos estratégicos y a los asegurados.

Se demuestra que existe insatisfacción del personal, debido a insuficientes mejoras en la calidad de vida, bienestar laboral, pocos incentivos e insuficiente motivación dentro de la gestión del desarrollo del personal.

Cuarta: La evaluación de los logros de impacto en la sociedad, de acuerdo a las evidencias documentales, nos muestra avances aunque aún insuficientes, que han contribuido pero no de manera completa con la mejora de la calidad de vida de la población asegurada y población peruana en general. De lo señalado por los entrevistados, la calidad de vida es un indicador muy útil cuando se evalúa el impacto social de la mejora de la salud de la población, dado que mide los efectos positivos, cuando se logra trabajadores sanos como resultado final. Los registros del sistema estadístico de Essalud, corroboran que la Institución desarrolló en los últimos años diversas actividades relacionadas con la educación de la salud. En el año 2016 se ofreció un total de 118,238 sesiones de educación grupal a los pacientes asegurados, los cuales

fueron realizados por los profesionales de enfermería, nutrición y obstetricia; aunque la cifra es aún baja, representa el 2.1%, respecto al total de pacientes atendidos en dicho año. Por otro lado, en el año 2017 Essalud también desarrolló programas de envejecimiento activo, auto cuidado y nutrición saludable, para brindar calidad de vida a los adultos mayores. En dicho año, se inscribieron 85,348 de adultos mayores, para el desarrollo de las actividades que realizan los 126 Centros de Adulto Mayor (CAM) ubicados en todo el Perú. Dichos programas han logrado cubrir alrededor del 5% de los adultos mayores (se estima que Essalud cubre a 1 millón 574 mil 605 asegurados con 60 a más años de edad), hay muchas actividades aún por desarrollar, para generar un mayor impacto en la población adulta mayor de la Seguridad Social. Se debe continuar y mejorar la cobertura de las actividades que se vienen realizando, con la mejora de los sistemas de información, para medir las diferentes actividades de educación, actualmente se ha verificado que su registro es manual. Dicho de otra manera, la Alta Dirección debe tener un compromiso directo con las políticas y estrategias de la Institución, con un mayor involucramiento en el desarrollo de dichas acciones para obtener resultados positivos en la sociedad.

La evaluación de las felicitaciones y premios recibidos por Essalud, nos demuestran grandes esfuerzos en algunas de las especialidades que tiene la Institución, como son el Instituto Cardiovascular y la Gerencia de Medicina Complementaria, los cuales buscan alcanzar mejoras y logros en sus actividades que desarrollan. Los premios reflejan la percepción que tiene la comunidad y los diferentes estamentos de la sociedad, que reconocen los beneficios que reciben de parte de Essalud. De acuerdo a la información de la Memoria Anual que publica todos los años Essalud y a la revisión del internet, se comprobó que Essalud tuvo un total de 7 premios, en el periodo de los años 2015 al 2017. Sin embargo, todavía no existe una percepción en la sociedad en su conjunto, que en Essalud se recibe un servicio a plena satisfacción de sus usuarios. Incrementar el reconocimiento de la sociedad y de la comunidad en general, implica ganar la confianza plena de sus asegurados. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENSSA) del año 2015, el 50.9% de sus asegurados confiaba en Essalud, mientras que el 49.5% de ellos desconfiaba en la Institución, porque recibió mucha

demora y lentitud en el servicio, porque piensa que es maltratado o porque percibe que hay negligencia y corrupción en la atención que recibe. En la medida que la Gestión de la Alta Dirección de la Seguridad Social oriente sus esfuerzos por mejorar los procesos asistenciales, ésta va a repercutir con los beneficios que obtendrán los asegurados y ciudadanos en general, y de hecho se incrementarían los galardones y premios que obtendrán los proyectos de mejora de la Institución.

Se demuestra que existen limitados logros en la gestión de Essalud, con poco impacto en la sociedad, debido a insuficientes acciones de intervención social a la comunidad.

Quinta: La evaluación del resultado de los indicadores clave de Essalud, de acuerdo a las evidencias documentales, nos muestra que los procesos asistenciales claves y estratégicos de Essalud no han sufrido mejoras y cambios en muchos años. Según lo señalado por los entrevistados, la experiencia aplicada en estos años en los servicios de salud, nos demuestran que han sido siempre lentos y complejos. Hasta el momento, no se ha logrado en el cuidado de la salud de los asegurados, integrar la gestión por procesos, ni mucho menos alcanzar la calidad del servicio, porque esta última depende, del desarrollo e integración de los procesos asistenciales.

En el año 2016 los médicos de Essalud en promedio realizaron 4.73 consultas en una hora de trabajo efectivo, como el médico trabaja hasta 4 horas por día en consulta ambulatoria, en promedio realizó 19 consultas médicas en un día; mientras que, en el año 2014 tuvo un valor mucho más bajo, con un indicador 4.35 por hora, entonces en dicho año los médicos realizaron 17 consultas al día en promedio. Se aprecia que en el año 2016 en un día promedio hicieron 2 consultas más de lo realizado en el año 2014. Similar comportamiento sucede con la productividad de los consultorios, con el promedio de consultas por médico y el promedio de consultantes por médico. Los resultados de los indicadores de productividad, según las evidencias mostradas en el estudio, las entrevistas y las posturas teóricas, nos señala que la productividad no genera un impacto positivo, porque no tiene como derrotero la gestión de la calidad y la efectividad, sino que la aplicación de la productividad como un fin no logra alcanzar resultados

satisfactorios en la gestión. Dicho de otra manera, la productividad que solo busca eficiencia, pero vista de una manera aislada de la gestión de la calidad, sin la aplicación de la mejora de la gestión de los procesos, se vuelve prácticamente inútiles los esfuerzos que se hagan para incrementar los resultados de los indicadores claves y la satisfacción de los asegurados.

La evaluación de los resultados de los indicadores de sostenibilidad financiera y rentabilidad de Essalud, según las pruebas mostradas en la presente investigación, con las entrevistas y el marco teórico, nos advierte que la situación financiera institucional, viene ingresando en el año 2016 en una etapa de serias restricciones presupuestales, como consecuencia del crecimiento del gasto y del freno del crecimiento de los aportes. Haciendo una revisión de la capacidad financiera de la Institución, se observa que a partir del año 2014, los saldos económicos vienen decreciendo progresivamente. Essalud tuvo un ingreso total anual de S/ 9,983'867,197 soles, la cual incluyó los ingresos operativos, financieros y de capital durante el año 2016, mientras que los egresos totales fueron S/ 10,047'829,104 soles, que comprendieron los egresos operativos y los gastos de capital. Se observa que en dicho año se obtiene un resultado negativo de S/ 63'961,907 soles como déficit, la cual es una alerta de un posible desequilibrio financiero que viene surgiendo en los últimos años. La sostenibilidad financiera aplicado a la Gestión de la Salud, involucra un manejo eficiente de la gestión hospitalaria y al desarrollo de la gestión de la prevención de la salud y de la calidad, teniendo el cuidado en financiar los compromisos de gastos presentes y futuros, considerando las restricciones del presupuesto por el déficit y las deudas que tenga la Institución. Para ello, tiene que abordarse de manera integral la problemática que existe en la gestión de los ingresos y de los egresos, teniendo como principios, el incrementar la eficiencia del gasto, mejorando el modelo de la asignación de recursos, priorizando el gasto preventivo sobre el recuperativo en los establecimientos de salud, implementar medidas para mejorar los ingresos por aportaciones, elevando las fiscalizaciones a los empleadores, incrementando la tasa de recuperación, disminuyendo la tasa de morosidad y deudas con entidades del Estado; así como realizar un estudio técnico, para disminuir el porcentaje del

30% de la reserva técnica de Essalud, pudiendo disponer de liquidez financiera para realizar inversiones y por último, mejorar el modelo de costos de las prestaciones, para tener un mayor control de los costos unitarios de la prestaciones que realiza la Institución, con la finalidad de garantizar la eficiencia en el gasto y puedan los asegurados tener la confianza que las finanzas son manejados de manera óptima y que no existe riesgos de desequilibrios financieros.

Se demuestra que existen malos resultados con los indicadores clave de Essalud, debido a deficiencias en la gestión de los procesos asistenciales claves y estratégicos, las cuales no han sufrido mejoras en muchos años.

V. Referencias Bibliográficas

- Acevedo, J., & López, A. (1986). *El proceso de la entrevista: Conceptos y modelos*. México: Editorial Limusa.
- Aguirre-Gas, H. (2002). *Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo*. México: Editorial Noriega - 3era Edición.
- Alvarez-Gayou, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. México: Paidós.
- Ander-Egg, E. (1982). *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Asubonteg, P., Mcclary, K., & Swan, J. (1996). SERVQUAL revisited: a critical review of service quality. *Journal of Service Marketing, Vol. 10, No. 6*, 81.
- Backstrom, I. (2006). *Methodologies, Values and practices taken from swedish organizations*. Suecia: Lulea University of Technology Department of Business Administration and Social Sciences Quality & Environmental Management.
- Báez y Pérez de Tudela, J. (2014). *El método cualitativo de investigación desde la perspectiva de marketing: El caso de las universidades públicas de Madrid*. Madrid: Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad Complutense de Madrid.
- Ballast, T., & Mohr, U. (2012). *Sostenibilidad y accesibilidad a los sistemas de salud*. Berlín: Conferencia Internacional de Actuarios y Estadísticos de la Seguridad Social. Asociación Internacional de la Seguridad Social.
- Bartolomé-Pina, M. (1992). Investigación cualitativa en educación: ¿comprender o transformar?. *Revista de Investigación Educativa.*, 20.
- Bermejo, J. C. (2014). *Humanizar la asistencia sanitaria*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Bernal, C. A. (2006). *Metodología de la investigación. Para administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. México: Pearson Educación S.A.
- Camisón, C., Cruz, S., & González, T. (2006). *Gestión de la calidad: Conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. Madrid: Pearson Educación S.A.
- Carrasco-Díaz, S. (2006). *Metodología de la investigación científica*. Lima - Perú: Editorial San Marcos.

- Cohen, E., & Franco, R. (1992). *Evaluación de proyectos sociales*. México: Siglo veintiuno editores.
- Coller, X. (2000). *Estudio de Casos. Cuadernos metodológicos*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Correa, S., Puerta, A., & Restrepo, B. (2002). *Investigación evaluativa*. Bogota: ARFO Editores e impresores Ltda.
- Creswell, J. (1994). *Diseño de investigación. Aproximaciones cualitativas y cuantitativas*. Argentina: Facultad de Ciencias Sociales de Universidad de Buenos Aires. Publicaciones Sage.
- Crosby, P. (1996). *Reflexiones sobre calidad*. Puebla Mexico: Mc Graw - Hill interamericana editores.
- De Nieves, C., & Ros-McDonnell, L. (2006). Comparación entre los Modelos de Gestión de Calidad Total: EFQM, Gerencial de Deming, Iberoamericano para la Excelencia y Malcom Baldrige. Situación frente a la ISO 9000. España: X Congreso de Ingeniería de Organización - Valencia. Cartagena: Researchgate.
- Delgado, M. (2013). *Evolución del conocimiento del sistema de salud, derechos en salud, de la política de participación y de las experiencias de participación de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia: Una comparación entre 2000 y 2010*. Barcelona - España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Deming, E. (1989). *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*. Madrid - España: Diaz de los Santos S.A.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Vol.1. Ann Arbor, Mich (US): Health Administration Press.
- Donabedian, A. (2001). Los siete pilares de la calidad. *Revista Calidad Asistencial*.
- Evans, J., & Lindsay, W. (2008). *Administración y Control de la Calidad*. México: Cengage Learning Editores.
- Fajardo-Ortiz. (1983). *Diccionario terminológico de administración de la atención médica*. México: Salvat.
- Feigenbaum, A. (1991). *Control de la calidad total*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Fernández, I. (1995). Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios en un área de Madrid. *Revista Especializada de Salud Pública*. Vol 69, No 6, 497.

- Fernandez, L. (2014). *Evaluación de los agentes facilitadores para la mejora de la calidad en la UNMSM, UNI y UNALM*. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Ferrando, M., & Granero, J. (2005). *Calidad total: modelo EFQM de excelencia*. Madrid: FC Editorial.
- Galaz Álvarez, C. A. (2014). *Evaluación y Aplicación de un Modelo de Calidad a organismos de acreditación en Chile*. Santiago - Chile: Postgrado de Economía y Negocios de Universidad de Chile.
- Garcia, J. (2012). *Análisis de los Sistemas de Gestión de Calidad y la Administración Pública en la Presidencia del Consejo de Ministros - 2011*. Lima-Perú: Universidad Nacional de Ingeniería.
- Gerencia Central de Planeamiento y Desarrollo de Essalud. (2015). *Presentación de los principales resultados de la encuesta nacional socioeconomica de acceso a la salud de los asegurados de Essalud*. Lima: Megatrazo S.A.C.
- Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto de Essalud. (2017). *Essalud: Análisis del anuario estadístico a nivel nacional 2016*. Lima-Perú: Essalud: <http://www.essalud.gob.pe/estadistica-institucional/>
- Gibbs, G. (2012). *Análisis de datos cualitativos*. Madrid: Ediciones Morata.
- Gorgorió, N., & Bishop, A. (2000). *Implicaciones para el cambio. Matemáticas y educación*. Barcelona: Graó.
- Guadarrama, G., & Contreras, L. (2008). La calidad en el gobierno de Vicente Fox. Una aproximación desde la perspectiva neo institucionalista. *México: El Colegio Mexiquense, A.C., 19*.
- Guba, & Lincoln. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills - California: Publications Sage.
- Henderson, A. (2011). Los Premios a la Calidad en la Administración Pública. *Revista Centroamericana de Administración Pública*, 60-61, 219-242.
- Hendricks, K., & Singhal, V. (1997). La implementación de un programa TQM eficaz mejorará el rendimiento operativo. *Management Science* N° 9. Vol 43.
- Hernández-Sampieri, Fernández, & Baptista. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill / Interamericana Editores.
- Hernández-Torres, F., Aguilar-Romero, M., Santacruz-Varela, J., Rodríguez-Martínez, A., & Fajardo-Dolci, G. (2009). Queja médica y calidad de la

atención en salud. *Revista CONAMED – Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Volumen 14 No 3, 68.*

- Infante, H. (2013). *Un modelo para determinar los factores que influyen en la mejora de procesos en la atención de pacientes en los centros de salud a través de Excelencia Empresarial, BPM y Reingeniería de Procesos.* Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Juanes, B., & Blanco, J. (2001). *El Gato de Alicia. Modelos de Calidad en la Administración Pública.* Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.
- Khalil, A. (2013). *Construcción de un modelo de evaluación de la calidad de la enseñanza universitaria desde el punto de vista de los alumnos.* Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa - Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación Nº 7, 39.*
- Latorre, A., Del Rincón, D., & Arnal, J. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa.* Barcelona: GR92.
- Llanos, F. (2000). Auditoría médica en el primer nivel de atención. *Revista Médica Herediana; Volumen 11 Número 3., 112.*
- Maderuelo, J. Á. (2002). *Gestión de la calidad total. El modelo EFQM de excelencia.* Madrid: Medifam Vol. 12 - Núm. 10 .
- Mandujano, D. (2015). *Lineamientos para el diseño de un Sistema de Gestión de Calidad Total.* Lima-Peru: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Martins, J., & Stein-Backes. (2008). *Resignificando la humanización desde el cuidado.* Rio de Janeiro-Brasil: Universidad del Estado de Rio de Janeiro.
- Mejía, J. (2004). Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Revista de investigaciones sociales, Vol. 8 Núm. 13. , 277-299.*
- Membrado Martinez, J. (2002). *Innovación y mejora continua según el modelo EFQM de excelencia.* Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A.
- Menéndez, D., & Vadillo, J. (2010). *El plan de comunicación hospitalario: Herramienta de gestión sanitaria.* Alicante: Editorial Club Universitario.
- Monje-Alvarez, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica.* Neiva-Colombia: Universidad Surcolombiana, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Programa de Comunicación Social y Periodismo.

- Moyado, F. (2014). *Gobernanza y Calidad en la Gestión Pública: Oportunidades para Mejorar el Desempeño de la Administración Pública en México*. Mexico: Instituto Nacional de Administración Pública.
- Organización Internacional de Trabajo. (2011). Seguridad Social para la justicia social y una globalización equitativa. *Conferencia Internacional del Trabajo, 100ava reunión*. Ginebra - Suiza: Oficina Internacional del Trabajo.
- Palomino C. (Setiembre, 2015). Ex-Decano del Colegio Médico del Perú. Obtenido de <https://larepublica.pe/sociedad/881451-en-hospitales-del-minsa-y-de-essalud-hay-deficit-de-24500-medicos-especialistas>.
- Para, L. (2014). *Implicaciones de la gestión de la calidad total en la dirección de recursos humanos: una aproximación empírica bajo la óptica del modelo EFQM*. España: Universidad Politécnica de Cartagena.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: Una escala de elementos múltiples para medir las percepciones del consumidor sobre la calidad del servicio. *Journal of Retailing, Volumen 64, Nº 1, Primavera, 40*.
- Patton, M. (1980). *Evaluación de Métodos Cualitativos*. California: Newbury Park.
- Perez, J. (1994). *Gestión de la calidad empresarial*. Madrid: ESIC - Escuela de Marketing y Negocios.
- Pérez, V. (2014). *Implantación del modelo europeo de excelencia EFQM en empresas públicas*. España-Valencia: Escuela Técnica Superior de Ingenieros Industriales de la Universidad Politécnica de Valencia.
- Peydró, C. (2015). *Calidad de vida, trabajo y salud en los profesionales sanitarios: Un estudio en el Hospital General Universitario de Alicante*. Alicante - España: Universidad de Alicante.
- Picado, X. (1997). *Hacia la elaboración de indicadores de evaluación*. San José: Escuela de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Costa Rica.
- Porras, E. (2013). *Implantación del sistema de gestión de la calidad. Villavicencio - Colombia*, España: Universidad UNED de Madrid.
- Pujadas, J. (2000). El método biográfico y los géneros de la memoria. *Revista de Antropología Social de Universidad Rovira i Virgili*, 139.

- Quintana-Peña, A. (2006). Psicología: tópicos de actualidad. En Quintana-Peña, & Montgomery, *Metodología de investigación científica cualitativa*. (págs. 47-84). Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Quintero, V. (2001). Apuntes de seminario-taller: Construcción de indicadores. *Construcción de indicadores* (pág. 74). Santiago de Cali - Colombia: Fundación FES.
- Ramos, B. (2011). *Control de Calidad de la atención de salud*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Rieker, W. (1983). La integración de piezas para el Control de la Calidad Total. *The Quality Circles Journal*.
- Robledo-Galván, H. (2012). De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *Revista CONAMED*, vol. 17, num 4., 172-175.
- Rodríguez, D., & Vallderiola, J. (2009). *Metodología de la Investigación*. Barcelona: Material Docente de la Universidad Oberta de Catalunya, 62.
- Rodriguez, G., Gil, J., & García, E. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe. Segunda edición.
- Ruelas-Barajas, E. (1993). *Calidad, productividad y costos*. Mexico: Salud Pública de Mexico. Año 3/vol.35.
- Ruiz-Larraguivel, E. (1998). *Propuesta de un modelo de evaluación curricular para el nivel superior. Una orientación cualitativa*. Universidad Autónoma de México.
- Ruiz-Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao - España: Universidad de Deusto.
- Ruthman, L. (1977). *Métodos de investigación de la evaluación: una guía básica*. Londres: Sage.
- Rutty, M. (2007). *Evaluación de impacto en la capacitación de recursos humanos*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas.
- Sáez, García, Palao, & Rojo (2003). *Innovación tecnológica en las empresas*. España: Universidad Politécnica de Madrid.
- Sanhueza, M. (2005). Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud. *Revista Ciencia y enfermería XI (2) de Universidad Concepción de Chile*, 21.

- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., & Elbert, R. (2005). *Manual de metodología. La construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Buenos Aires. Argentina: CLACSO. Colección Campus Virtual.192p.
- Sinamssop. (Julio, 2015). Sindicato Nacional Médico del Seguro Social del Perú. Obtenido de <https://www.sinamssop.org/2015/07/informe-financiero-sobre-situacion-de-essalud-elaborado-por-sinamssop-sirvio-para-conocer-la-verdad-en-el-congreso/>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquía en acuerdo con Sage Publications.
- Stufflebeam, D., & Shinkfield, A. (1995). *Evaluación sistémica - Guía teórica y práctica*. España: Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia. Ediciones Paidós Ibérica.
- Suarez-Barraza, M., & Ramis-Pujol, J. (2008). Aplicación y evolución de la mejora continua de procesos en la administración pública. *Revista Globalización, Competitividad y Gobernabilidad. GCG Georgetown University - Universia, Vol 2, Nº 1*. 74-86.
- Suarez, M. (2007). *La sostenibilidad de la mejora continua de procesos en la administración pública: Un estudio en los Ayuntamientos de España*. España: Universidad Ramon Lull.
- Suchman, E. (1967). *Investigación evaluativa: Principios y práctica en los programas de servicio público y acción social*. New York: Russell Sage Foundation.
- Summers, D. (2006). *Administración de la Calidad*. Estado de Mexico: Pearson Educación de México S.A.
- Tamayo y Tamayo, M. (2004). *Proceso de la Investigación Científica*. México: Limusa. 4ta Edición.
- Tejedor, J. (2000). El diseño y los diseños en la Evaluación de Programas. *Revista de Investigación Educativa. Vol. 18, Nº 2. Universidad de Salamanca, 319-339*.
- Tena, A. (2014). Los investigadores opinan. En F. & Hernández-Sampieri, *Metodología de la investigación* (pág. 613). México: McGrawHill-Hill / Interamericana Editores.

- Vara, A. A. (2007). *La Evaluación de impacto de los programas sociales. Fundamentos teóricos y metodológicos y aplicación al caso peruano*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad de San Martín de Porres.
- Varo, J. (1994). *Gestión Estratégica de la Calidad en los servicios sanitarios*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos, S.A.
- Veliz, M., & Villanueva, R. (2013). *Calidad percibida por los usuarios externos e internos frente a los servicios que reciben en los centros de referencia para infecciones de transmisión sexual (CERITS) de la DISA II LIMA SUR*. Lima-Perú: Universidad Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Vera, J., & Trujillo, A. (2016). El efecto de la calidad del servicio en la satisfacción del derechohabiente en instituciones públicas de salud en México. Facultad de Contaduría y Administración de Universidad Nacional Autónoma de México.
- Villoria, M. (1997). Modernización administrativa y gobierno postburocrático. En R. Bañón, & E. Carrillo, *La nueva administración pública*. (pág. 347). Madrid: Alianza Editorial.
- Weiss, C. (1985). *Investigación evaluativa. Métodos para determinar la eficiencia de los programas de acción*. México: Editorial Trillas.
- Woods, P. (1987). *La escuela por dentro. La etnografía en la investigación educativa*. Barcelona - España: Paidós/MEC.

Anexos

Anexo 1

Guión de entrevista para los funcionarios y expertos en gestión de calidad

A. Categoría de medición de cumplimiento de indicadores de resultados de los asegurados de Essalud según modelo EFQM

1. ¿Usted considera que las Oficinas de Calidad deben medir y tener control del indicador de quejas y reclamos de los asegurados?
2. ¿Qué tan aceptables son los resultados del indicador de quejas y reclamos en los hospitales de Essalud?
3. ¿Usted considera que los indicadores relacionados con el tiempo de respuesta de atención, para que los asegurados reciban los servicios de salud, pueden ser mejorados en el corto, mediano o largo plazo?
4. ¿Qué debería hacerse para mejorar los resultados del indicador de tiempo de respuesta de atención en los hospitales de Essalud?
5. ¿Cuánto considera Usted que los hospitales de Essalud han mejorado sus indicadores de transparencia de información con los pacientes?
6. ¿Qué ha venido realizando Essalud para impulsar mejoras con los resultados de la transparencia de información con los asegurados y pacientes?
7. ¿Qué tanto responden los ejecutivos y los trabajadores asistenciales de Essalud a los pedidos que realizan los asegurados y pacientes?
8. ¿Cuánto considera Usted que los hospitales de Essalud miden los pedidos de los asegurados y pacientes?
9. ¿Podría señalar cuánto falta desarrollar con los pacientes y asegurados para caminar a la excelencia en la gestión de calidad?

B. Categoría de medición de cumplimiento de indicadores de resultados del personal trabajador de Essalud según modelo EFQM

1. ¿Usted considera que las Oficinas de Calidad deben medir y tener control de los indicadores de motivación del personal trabajador asistencial?
2. ¿Qué tan aceptables son los resultados del indicador de motivación del personal trabajador asistencial en los hospitales de Essalud?
3. ¿Cuánto considera Usted que la mejora de los resultados de los indicadores relacionados con la participación del personal trabajador asistencial y administrativo, contribuirá a mejorar la gestión de la calidad en Essalud?

4. ¿Qué debería hacerse para mejorar los resultados del indicador de participación de los trabajadores asistenciales en los hospitales de Essalud?
5. ¿Considera Usted que los hospitales de Essalud reúnen las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo, para las actividades que desarrollan y si estos indicadores han mejorado?
6. ¿Qué ha venido realizando Essalud para hacer mejoras con los resultados de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo?
7. ¿Qué tanto responden los ejecutivos de Essalud en elevar el nivel de capacitación, formación y desarrollo que reciben los trabajadores para mejorar la gestión de calidad?
8. ¿Cuánto considera Usted que los hospitales de Essalud miden y controlan los indicadores relacionados con el nivel de capacitación, formación y desarrollo que reciben los trabajadores?
9. ¿Podría señalar cuánto falta por desarrollar en materia de capacitación, formación y desarrollo de los trabajadores para lograr la excelencia en la gestión de la calidad?

C. Categoría de medición de cumplimiento de indicadores de resultados del impacto social de Essalud según modelo EFQM

1. ¿Usted considera que las Oficinas de Calidad deben medir y tener control del indicador de actividades que desarrolle Essalud en beneficio de la comunidad?
2. ¿Qué resultados positivos podrían tener los hospitales de Essalud con la implementación de indicadores de impacto social?
3. ¿Cuánto considera Usted que ayudaría la obtención de premios y felicitaciones a Essalud para coadyuvar a la mejora de la gestión de la calidad?
4. ¿Qué acciones deberían hacerse para mejorar los resultados del indicador de premios y felicitaciones a los hospitales de Essalud?
5. ¿Considera Usted que las autoridades de Essalud realizan gestiones con las autoridades de la comunidad para promover beneficios en la sociedad?
6. ¿Qué tanto responde Essalud para mejorar la percepción y elevar el nivel de conocimiento que tiene la sociedad sobre los servicios que brindan los hospitales de Essalud?
7. ¿Cuánto considera Usted que los hospitales de Essalud miden y tienen control con indicadores relacionados con el impacto social en la comunidad?
8. ¿Podría señalar cuánto falta por hacer para mejorar el nivel de conocimiento por

parte de la sociedad, de los beneficios que brinda Essalud?

D. Categoría de medición de cumplimiento de indicadores de resultados clave de Essalud según modelo EFQM

1. ¿Usted considera que las Oficinas de Calidad miden y controlan adecuadamente el indicador de productividad asistencial de los trabajadores de Essalud?
2. ¿Qué resultados positivos podrían tener los hospitales de Essalud con la implementación de los indicadores de productividad asistencial?
3. ¿En qué medida los indicadores relacionados con la obtención del costo unitario de los productos asistenciales que brinda Essalud, coadyuvan a mejorar la gestión de la calidad?
4. ¿Qué debería realizarse en los hospitales de Essalud para lograr la sostenibilidad financiera y al mismo tiempo la mejora de la gestión de la calidad?
5. ¿Qué tanto responden los ejecutivos de Essalud para mejorar los niveles de eficiencia en el gasto y en la rentabilidad económica de la Institución?
6. ¿Podría señalar que acciones podrían realizarse en materia de gestión financiera para lograr la excelencia en la gestión de calidad?

Fuente: Elaboración propia según el modelo EFQM.

Anexo 2

Instrumento: Matriz de análisis documental

CATEGORIA	INDICADORES DE RENDIMIENTO	DOCUMENTO
Satisfacción de los Asegurados	Cantidad de quejas y reclamaciones y su capacidad de gestión	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Anuario Estadístico Institucional 2016 y Boletín Estadístico Institucional I Trimestre 2017 de Essalud. ✓ Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2015 de Susalud. ✓ Encuesta Nacional Socio-económica ENSSA 2015 de Essalud.
	Tiempo de respuesta para recibir la prestaciones de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lista de Oportunidad Quirúrgica 2016 y Promedio de Diferimiento de Citas de Consulta Externa 2016 elaborada por la Gerencia Central de Operaciones de Essalud.
	Nivel de transparencia de la información para pacientes y familiares	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Portal de Transparencia de información pública. ✓ Memoria Anual de Essalud 2016.
Satisfacción del personal asistencial	Satisfacción y motivación de los trabajadores hacia la mejora de Essalud	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2015 de Susalud
	Condiciones de la seguridad e higiene en el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registro del CEPRIT – Centro de Prevención de Riesgos del Trabajo
	Nivel de capacitación, formación y desarrollo que reciben los trabajadores	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ejecución Presupuestal de ingresos y egresos de los años 2016 y al I trimestre 2017 de Essalud. ✓ Memoria institucional de Essalud 2015 y 2016
Impacto social en la sociedad peruana	Actividades realizadas en beneficio de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Memoria Institucional de Essalud 2015 y 2016. ✓ Plan Maestro de Essalud al 2021 elaborado por la Gerencia de Planeamiento de Essalud.
	Felicitaciones y premios recibidos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Memoria Institucional de Essalud 2015 y 2016. ✓ Plan Maestro de Essalud al 2021 elaborado por la Gerencia de Planeamiento de Essalud.
Gestión con indicadores de resultados clave	Productividad de las actividades asistenciales de Essalud	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tablero de Indicadores de Salud 2016 y 2017 publicada por la Gerencia de Planeamiento de Essalud. ✓ Plan Maestro de Essalud al 2021
	Sostenibilidad financiera y Rentabilidad de Essalud	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Balance General Institucional 2016 ✓ Estudio Financiero Actuarial 2016

Anexo 3

Resultados de las entrevistas a profundidad

Entrevista N° 1 (E01)

Perfil: Funcionaria de la gestión de la calidad sanitaria

Ciudad: Lima

Buenas tardes la entrevista es para medir el nivel de cumplimiento de los indicadores de resultados de los asegurados de Essalud, según el modelo de la calidad EFQM. ¿Usted considera que las Oficinas de Calidad deben medir y tener control del indicador de quejas y reclamaciones de los asegurados?

No debemos medir, debemos tener los resultados para poder trabajar en la información que nos permita tener, porque si nosotros nos dedicaríamos a esa actividad, entonces distraeríamos el tiempo que podríamos hacer mejoras a la calidad y los procesos, y nos serviría como una herramienta para buscar estrategias, y llegar a determinar qué es lo que quiere el paciente.

En todo caso, hay un área que se dedica a esta parte, que es la de Atención al Asegurado

Si, en realidad hasta el año pasado y meses de este año, era una de nuestras funciones, incluso nosotros el año pasado hemos hecho una medición de satisfacción de usuarios, y el Área de Quejas es abajo en Defensoría del Asegurado. Entonces dicha área, solamente te brinda números fríos, igual yo le pedía, pero trataba de agrupar la información de satisfacción, cuando eso yo pienso que deberían darme un informe y de allí yo poder atacar las causas. En el caso de la satisfacción de usuario, muy difícil fue conseguir la información, porque no había personal para hacer el estudio. Sin embargo, igual lo hicimos, pero pienso que tiene un sesgo, porque el paciente te identifica como que tú les estas dando el servicio y tú mismo le preguntas, entonces hay un sesgo. Debería ser una persona externa que recoja esa información. Y nos serviría mucho esa información para podernos enfocar más en lo que quiere el paciente.

Cómo calificaría usted el nivel de dicha información. ¿Qué tan bien están los resultados del indicador de satisfacción?

En el INCOR, podríamos señalar que está entre el tercio superior y el medio. Hay problemas con la lista de espera, que a veces no lo podemos manejar, porque depende de la demanda, de la oferta que tenga el INCOR, dado que el INCOR es el principal centro a nivel Nacional y algunas patologías que solamente se realizan en nuestro Instituto, entonces tenemos bastante demanda, esas cosas no las podemos mejorar, incluso igual eso nos ha ayudado, ahora uno de nuestros primeros enfoques y prioridades que tenemos este año, es la lista de espera, estamos mejorando procesos, todo empezó a partir de esa encuesta que hicieramos en la Oficina de Calidad del INCOR.

Muy bien, ósea que ustedes hicieron una encuesta.

Nosotros en la Oficina de Calidad hicimos la encuesta, porque está dentro de nuestras funciones que nos asignaron.

¿Eso lo hicieron en el INCOR o en la Sede Central?

No, acá lo hicimos. Nosotros aplicamos la encuesta a nuestros asegurados de Hospitalización y de Consulta Externa, y eso es por un lado y luego cruzamos información con las quejas y reclamos, entonces de ambos lados se cruzó información.

¿Y qué tan aceptables son los resultados de quejas? ¿Lo podría calificar de aceptables o hay mucho por trabajar?

Si aceptables, porque en término de personas no teníamos muchos problemas, nuestros problemas son más por la programación quirúrgica, es que a veces viene un paciente que ya está programado, pero viene una emergencia, entonces a veces ese paciente se desprograma por la prioridad. La programación se afecta por la demanda, priorizamos más la demanda, que por la atención y satisfacción que recibe el paciente, mas es por la disponibilidad de turnos.

Si se quisiera implementar la excelencia como modelo ideal. ¿Qué tan lejos estamos de lograrlo en el INCOR? En particular sobre el indicador de quejas.

Bueno, pienso como lo dije anteriormente, INCOR tendría que tener mejor control de la demanda, mejorar nuestros procesos, hemos detectado que tenemos problemas en el proceso de programación quirúrgica, entonces estamos ajustando nuestros procesos de priorización de casos, nuestra gente está tratando de organizar lo poco que tenemos para que sea óptimo y así va a mejorar, este año estamos trabajando en eso en diferentes niveles. Se está evaluando cada caso, de una manera conjunta, hay un equipo multidisciplinario que está viendo priorizar casos y hay casos de niveles altos, mediano y complejos en especialidad, entonces tenemos que ver cuáles son los que se tiene que atender primero y luego después, ósea, estamos mejorando y optimizando los procesos.

¿En cuánto a los indicadores relacionados con el tiempo de respuesta o tiempo de espera? ¿Cómo está el INCOR?

Bueno, yo siempre mantengo bastante comunicación con la doctora de la Oficina de Atención del Asegurado, ella trabaja arduamente para resolver generalmente las quejas. Por decir, ella trata de resolver y solucionar los turnos de espera de la consulta externa, se resuelve el problema, para que el paciente se vaya contento.

¿Se podría mejorar el control del tiempo de espera, para atender más rápido a los pacientes? Usted mencionó sobre la existencia de una excesiva demanda.

Si, el INCOR es un Instituto altamente especializado, es el único prácticamente en todo el sector salud que puede resolver en algunas patologías, por ejemplo, en la patología congénita de niños, los pacientes con cardiopatías congénitas, en el Perú no hay ni en MINSA, ni en el Seguro hay otro similar. Algunas patologías como por ejemplo las cardiopatías congénitas, somos los únicos a nivel nacional, por ejemplo: Operar a un paciente neonato con una cardiopatía congénita son más delicados. Sabemos que, si operamos uno de estos pacientes, tendremos que utilizar la cama por lo menos de una, dos hasta tres semanas, eso afecta sobre la disponibilidad de camas, pero a veces vienen y nacen y nos lo remiten, entonces eso nos limita, afecta y cambia nuestra programación.

¿Cómo se afecta sobre los otros pacientes que tiene el INCOR?

También eso ha mejorado porque por ejemplo ha habido un proyecto de ampliación del servicio de pediatría, pero bueno todavía no se está ejecutando, exactamente no conozco los pormenores, pero ya va haber una ampliación pediátrica, de allí ya vamos a tener un poco más, hay soluciones que están en camino, en ese aspecto. Y en la parte de programación quirúrgica, que es en la parte de adultos igual, este año se está tratando de optimizar cada punto del proceso, programación, el mismo acto operatorio, la hospitalización, el post quirúrgico, que sea más eficiente, requerimos fortalecer no solo las cirugías, también la parte del post quirúrgico. La mayoría de nuestras camas son de UCI, no son como del Hospital Rebagliati, donde la mayoría son camas generales, aquí en el INCOR las camas generales son muy pocas, aquí la mayoría son de servicios especializados, los pacientes salen de sala y pasan a UCI, no hay incluso sala de recuperación, van de frente a la UCI, entonces tenemos que fortalecer esa área, porque si falla, entonces afecta sobre el servicio al paciente. Nosotros estamos tratando de que el paciente cumpla los siete días internado, que es el estándar que debe quedarse por una cirugía usual y para que no se complique. También estamos trabajando en las infecciones hospitalarias, para que ésta disminuya, porque a veces es una de las razones que afecta más, estamos tratando de trabajar nuestros procesos todo en relación a optimizarlos.

¿Hablando de procesos ustedes tienen procedimientos bien establecidos, o todavía hay mucho por trabajar?

No, todavía estamos en pañales, los procedimientos todos sabemos que se hace, como se hace, pero estandarizarlos o tenerlo por escrito, eso falta, porque nos gana el día. Por ejemplo, ahorita en la última visita que tuvimos de Susalud, nos pidieron ver los procedimientos de los servicios de anestesia y cirugía, después de mucho trabajo, ya lo hemos terminado. Hace poco lo hemos mandado al servicio de Cirugía, para que lo revisen y no se dan el tiempo para revisar. Sin embargo, además de brindar el servicio quirúrgico, los profesionales de la salud tienen que disponer de un tiempo para completar los procedimientos, entonces eso falta.

¿Pero si hiciéramos esos procedimientos, mejorarían muchas cosas?

A veces no se considera dentro de la práctica, la parte administrativa que tiene el proceso, se considera lo mínimo, sin embargo, ésta es tan importante como la parte asistencial. Cuando ya tienes organizados la parte administrativa, después puedes implementar tus procesos, pero cuando no está, cada uno va por su lado sin dirección. Es importante fortalecer la parte administrativa, los médicos se especializan en la parte asistencial, se van a Europa, se van a Alemania, pero no en la parte administrativa, sería bueno que los médicos se puedan especializar también en temas que permitan encontrar resultados y respuestas a la gestión de salud.

Doctora en el tema de los Indicadores de Transparencia de Información, ¿Cuánto se ha avanzado en la Oficina de Calidad?

Bueno, eso es un tema de indicadores progresivos para los indicadores de calidad, que lo podemos brindar. Actualmente nosotros informamos sobre indicadores generales. De acuerdo a lo conversado con los nuevos funcionarios de la Oficina de Calidad, se viene reformulando los indicadores, lo que veo siempre es que nos llenamos de papeles, nos recargamos de trabajo, por ello, se están reformulando los indicadores, en tanto esta se reformula, tenemos que seguir informando los indicadores vigentes.

Si un paciente solicita una información particular que desea conocer, ¿cómo se procede?

Generalmente no pide, pero si pidiera, se le brinda. Ellos tienen derecho a su historia clínica, informes médicos, informes de altas, por lo general las personas no lo piden. En la página web se publica información estadística e indicadores, de manera muy general y es a nivel Institucional, no a nivel del INCOR. A nivel de INCOR está prohibido.

Cuando la información es de tipo personal, no se publica, sin embargo, si el asegurado lo solicita como se procede.

Claro, creo que eso se va a tener que brindar de todas maneras, con el proceso de acreditación que viene desarrollando el INCOR con la Joint Commission. Por ejemplo, si un paciente quiere averiguar algo, o si quisiera atenderse en el IMBANACO de Colombia, ahí se disponen de indicadores de infecciones generales y de hospitalización, que facilitan para la atención de dicho hospital. En el INCOR tenemos que compararnos a través de indicadores y estos tienen que ser de dominio público, eso nos falta, aún la información se capta a nivel de la Sede Central, pero sería bueno priorizar indicadores, aunque pocas, pero que sean de calidad.

Doctora es una buena iniciativa el hecho que el INCOR este impulsando tener la certificación de Joint Commission. ¿Cuánto se ha avanzado en este tema?

Exactamente no sé cuál es el mecanismo, pero el año pasado, vino una empresa y nos hizo una evaluación basal, para ver como estábamos y luego se iba a desarrollar un plan de trabajo. De la evaluación que haga la empresa, conoceremos que es lo que falta para levantar. En la actualidad, nos hemos dado cuenta que nos faltan adecuar varias cosas para contar con la acreditación. Por ejemplo, realizamos muchas actividades y procedimientos que no están escritos, y sabemos que en un sistema de acreditación todo tiene que trabajarse de manera estandarizada, ordenada y todo debe estar escrito. Ese es el problema que debemos resolver, todas las áreas del INCOR están trabajando para implementar los procesos y procedimientos con documentación que esté pendiente. Supuestamente en Julio del año que viene, vamos a postular de una manera directa con el Joint Commission.

Que tanto responden los ejecutivos, los trabajadores asistenciales a los pedidos de los pacientes

La atención del paciente se basa en la programación, por decir los médicos en consulta externa atiende a los que les programan, algunos adicionales otros no, pero eso no, igual en Hospitalización es de acuerdo a la programación, tú haces lo que te programan.

Entonces digamos, si el paciente solicita, hace un requerimiento determinado, de una determinada medicina, ¿Cómo se canaliza eso, ósea que hace el ejecutivo, que hace el trabajador asistencial para poder satisfacer al paciente?

En el caso de las medicinas hay un petitorio interno farmacológico a nivel Institucional, entonces generalmente, bueno los médicos saben que deben recetar bajo ese parámetro, eso

está, tienen unas reglas dependiendo de la especialidad, del nivel de complejidad, por ejemplo nosotros nos dan muchas restricciones en los medicamentos, entonces hay procesos administrativos que si el paciente necesita el médico informa y eso es calidad de Recursos Médicos, entonces llegan acá y nosotros hacemos el trámite o sino a través del Comité Farmacoterapéutico.

Entonces si se hace respuesta, ¿Dentro de ese petitorio cierto? Porque así está establecido

Claro si, y también los médicos, por ejemplo, los médicos no pueden recetar en el Seguro Social un medicamento que está fuera del territorio, ósea uno tiene que registrarse a eso y hay unos que están fuera del territorio, pero si necesitan por el caso y complejidad se sustenta. Y en todos los Hospitales hay un Comité Farmacoterapéutico, que es un Comité Multidisciplinario y ellos evalúan la necesidad, hay una Normativa Institucional, se llenan unos datos unos anexos todo en relación al caso y eso se evalúa, se aprueba y se cumple.

Doctora ¿Existen indicadores relacionados a la motivación del trabajador?

No, no hay, pero...

¿Que se podría hacer ahí?

En realidad, la parte de lo que es clima organizacional, generalmente lo debe desarrollar el área de personal, nosotros no lo consideramos como parte de nuestras funciones, pero si lo tomamos en los temas de acreditación, nuestra área ha participado con el MINSA para ver la acreditación. Nosotros hemos pedimos informes al área de personal, para conocer que han hecho en temas del clima laboral, de allí supimos que estaban creando unos instrumentos para medirlo. Porque para poder actuar porque como no se ha hecho, solamente hay un par de cursos que recuerde, pero como trabajadora no podría dar más detalle. Se requiere hacer una evaluación de cómo estamos y luego ejecutar un plan de trabajo, lo último que pude conversar con la Jefa de Recursos Humanos, hace un par de meses en relación a ese tema, me dijo que estaban ya trabajando en el instrumento pero que aún no habían hecho la medición.

¿Entonces todavía es poco lo que se ha avanzado?

Si

¿Usted considera que los trabajadores asistenciales y administrativos participan dentro de la mejora de la gestión?

En parte, porque acá es muy democrático porque somos pequeñitos, participa la mayoría siempre se escucha, el doctor recibe a todos, no hay problema.

Quizás porque existe mayor control de la gestión...

Cuando es más grande es más difícil llegar a coordinar para hablar con el Director, pero acá como es más pequeñito, si tú le dices al doctor como médico de piso por ejemplo de acá, necesito hablar con usted o a la secretaria, él te va a escuchar de todos modos y de allí se genera todo.

En cuanto a las condiciones de seguridad de higiene en el trabajo, ¿Cómo considera que están?

Es que acá hay dos puntos, uno como trabajador o como paciente.

Como trabajador

Bueno en ese tema, tenemos una dificultad que ya casi no depende de nosotros. Nosotros tenemos problemas de personal, acá por ejemplo esa área depende del área de Inteligencia Sanitaria, entonces, nosotros teníamos asignado un médico, que es Médico General, que me parece que tendría una especialidad ocupacional.

Y en la gestión del tema de capacitación de personal, ¿Usted considera que se maneja de manera correcta? ¿Cómo está la situación?

A veces se toma decisiones como para que accedan la mayoría, se aprovecha la parte asistencial de hecho, entonces, acá nos caracterizamos por ser muy tecnológicos y bastante estudiosos por decirlo, a los doctores les gusta eso. La Institución no invierte mucho en capacitación, eso me parece que es una debilidad, tendríamos que tener más recursos, porque

si uno quiere resultados tiene que invertir.

¿Usted considera que el INCOR brinda beneficios a la comunidad, incluso a los que no son asegurados?

A veces hay algunos casos que se hacen por solidaridad, en esos casos los coordinan directamente con la Dirección. También tenemos que la mayoría de doctores son profesores especialistas, tanto de enfermeras y de médicos, son profesores en la mayoría de universidades.

¿Brindan un buen servicio a la comunidad?

Sí, porque como uno ya sabe, el Instituto su principal actividad por nivel de complejidad, es más que todo recuperativo, casi no es preventivo, preventivo es para los primeros niveles de atención, nosotros ya somos recuperativos, no nos corresponde tanto ese rol preventivo.

En cuanto a los premios y felicitaciones, ¿El INCOR ha tenido algún reconocimiento a nivel Institucional?

Sí, pero no muchos, no hay muchos premios de reconocimiento, tratar de buscar lo que es el tema de clima laboral, reconocimiento a la gente, para que se sienta contenta y motivarla, hemos presentado algunos proyectos de mejora en la Sociedad de Industrias, en la Universidad Alas Peruanas y hemos ganado premios, y la gente se siente muy motivada, ha sido un trabajo intenso.

Y finalmente la última sección que viene a ser los indicadores de resultado clave. ¿Ustedes consideran que el indicador de productividad asistencial de los trabajadores asistenciales se pueda aplicar aquí?

Nosotros manejamos indicadores de Instituto, por ejemplo, la consulta externa en los hospitales es cuatro por hora, pero nosotros manejamos tres por hora, si es aplicable.

¿Considera útil e importante aplicar un indicador de productividad?

Eso pasa cuando hablamos de enfermedad de pacientes y lo mismo ocurre cuando compramos insumos, se debe medir más por el resultado del paciente, el resultado final digamos sano. Pero no la productividad, queremos productividad o queremos calidad, muchas veces no hay compatibilidad, en otros sectores sí, pero, en el sector salud no es totalmente compatible.

¿Qué tipo de indicador considera que es más importante?

Creo que para medir el proceso de atención de un paciente tenemos que medir nuestros indicadores de resultados, si el paciente se operó, si salió bien, cual fue el resultado, se cumplió el objetivo, se restableció la salud, así de ese tipo tienen que ser los indicadores, más que de productividad.

Si hablamos de obtener el costo unitario de los productos que brinda el INCOR, ¿A través de su área de costos logran obtener esa información?

En realidad, no tendríamos que ver ese tema financiero, pero estamos tratando con un tarifario a nivel Institucional. En una cirugía compleja a nosotros nos pagan igual que una cirugía compleja de un nivel bajo, siendo que en nuestro Instituto se gasta gran cantidad de insumos y personal.

Considera que el tarifario debería estar diferenciado para un instituto especializado

Claro debe haber diferenciación en el tarifario, para que nos consideren lo que en realidad se gasta en el paciente, si fuéramos una clínica privada sería mucha pérdida.

Finalmente, mi última pregunta, ¿Considera usted que los ejecutivos y los directivos de Essalud responden con la mejora del nivel de rentabilidad económica de la Institución?, ¿Cuál es su percepción de ello?

Debería haber cambios, pero basados en la actualización de los conocimientos, veo mucho reciclaje, más de lo mismo de siempre, entonces a veces hay decisiones que se van repitiendo, no se evalúa si hay un resultado. Deberíamos trabajar bastante la gestión por resultados y pienso que ahí lo importante es capacitar, debería propiciar también la capacitación de los que administran la parte ejecutiva, a veces somos testigos de algunas cosas que son

incompatibles, la clave es fortalecer la parte administrativa, porque es la parte pensante, no solo se debe ver la parte asistencial.

¿Tendrá usted algo más que agregar?

Faltan nuevos esquemas, los directores de los establecimientos deben tener conocimiento de administración, igual en todas las áreas tiene que haber conocimiento de la parte administrativa para tener éxito.

Doctora le agradezco mucho por esta entrevista.

Entrevista Nº 2 (E02)

Perfil: Experto en Gestión de Calidad Sanitaria y Gestión de Salud

Ciudad: Lima

Doctor muchas gracias por la entrevista. La entrevista que le vamos a realizar tiene relación con los indicadores de resultados bajo el modelo EFQM. ¿Usted considera que las Oficinas de Calidad, deberían medir y tener control del indicador de Quejas?

La calidad como usted sabe, tiene por lo menos un par de dimensiones, una dimensión que tiene que ver con el aspecto profesional, que se le llama la calidad técnica, y luego la otra, que es la calidad acorde a la perspectiva del usuario, dentro de esa perspectiva del usuario, efectivamente el parámetro quejas es un indicador interesante, probablemente no el único, pero hay que ver una forma de categorizar las quejas por tipo, para poder investigar sus causas. El Seguro Social ha tenido una experiencia interesante con Defensoría del Asegurado, en una época en donde se procesaban todas las quejas, pero se procesaban en bloques no por categorías, entonces al no trabajarse por categorías, no es posible luego investigar cuales son las causas.

No todas las quejas son por las mismas causas, no todas las quejas son del mismo tipo, entonces habría que disgregar las quejas por tipo y luego ir a los factores que la determinan y las causas de fondo, las causas de las raíces como se suelen decir, que producen las quejas, para poder hacer intervenciones en ellas. No basta solamente la copia de queja, en otros se hacen buzones de quejas, hacen áreas que recogen quejas y la otra parte, es que debe haber un organismo, una organización detrás de quienes recogen las quejas, que tenga acceso a quienes toman decisiones, para que después de que la queja este hecha, pueda darse una salida, es decir, se recibe una queja se analiza y luego se discute que intervención se va a hacer, para que en verdad lo que opina el usuario, pueda luego ser transformado en una solución, una acción.

La propia recopilación en sí, lo que nos da es un elemento para el diagnóstico, pero de por sí no resuelve, como cualquier pregunta que se haga sobre cualquier tipo de indicador creado, ustedes pueden recoger indicador de cualquier tipo, pero el indicador en sí, no resuelve absolutamente nada, hay que analizar las causas, porque se está comportando de esa forma el indicador, y luego tener una estructura de analistas y decisores que puedan definir qué tipo de intervenciones se deben hacer ahí y luego un grupo que las implementen, y de alguna manera hacerla efectiva.

¿Qué tan aceptables son los resultados de los indicadores de quejas y reclamos, en el Hospital Rebagliati y en general en la Institución?

Nos dan el aspecto, que no es tan técnico ni profesional, nos dan el sentir del asegurado, ahora no necesariamente, lo que siente el asegurado, lo que piense el asegurado, podría ser algo que es real, porque recordemos es una persona que no siempre es un experto en el tema y da una opinión, más que todo, nos da ideas sobre la manera en que está siendo atendido, de la forma que está organizada la recepción y la atención del usuario, tiene que ver más que todo con el aspecto bastante subjetivo. Por ejemplo, Parasuraman es uno de los que más ha estudiado este tema de calidad, acorde a los problemas del usuario, con el método SERVQUAL, que tiene que ver con la calidad de servicio, pero relacionado más que todo a como el usuario percibe, él pone en su sistema, las expectativas del usuario, que esperaba el usuario del servicio que iba a tener. Esta expectativa la analiza también en el sentido, de que ésta depende, de que le han contado otros usuarios, depende de que comunica la institución respecto a su servicio, que ha experimentado en otras atenciones anteriores, ósea hay elementos que determinan la expectativa, que son determinantes, que ocasionan y explican cómo se produce la expectativa, como surge ésta en el usuario. Ahora luego el usuario cuando ya tiene experiencia de atención en el servicio, pasa por lo que se llama la percepción, una cosa es lo que yo espero y otra cosa es lo que yo constato o percibo.

El usuario espera algo sobre la atención en el servicio y luego lo compara con la forma en que recibe el servicio en forma real, y ahí tiene que ver como lo tratan de manera efectiva a la Institución que va, tiene que ver con el comportamiento del profesional que lo atiende, y tiene que ver si se solucionan o no los problemas que él esperaba. Lo que hace SERVQUAL es comparar percepciones versus expectativas, la expectativa es la base, el punto de referencia, porque siempre en calidad lo que tenemos es un parámetro, un estándar, contra el cual se

compara la atención efectiva o real, que uno está examinando.

¿Recuerda cómo estamos últimamente en estos años, respecto a los estándares?

Con toda franqueza no he visto últimamente, antes si estaba trabajando en un área que estaba viendo estos temas de expectativas, alguna vez trabajé en una consultoría en el año 97, todo este tema de expectativas de los usuarios con el Método SERVQUAL, Cayetano Heredia tenía un área que hacía estas encuestas basados en el método de Parasuraman.

¿En la Oficina de Calidad del Hospital, tienen información relacionada a las expectativas de las Quejas?

Más que la Oficina de Calidad, que también tiene algunos datos, lo solía tener la Oficina de Defensoría del Asegurado, porque este aspecto de la calidad lo veía Defensoría, recién a inicios de este año con la nueva gestión, se ha trasladado a la Oficina de Calidad. Todavía es una cosa reciente, está pendiente la implementación, pero anteriormente lo tuvo Defensoría.

Doctor respecto a los indicadores de tiempo de respuesta o de tiempo de espera, ¿Usted considera que estos han mejorado o falta mucho por mejorar? y ¿Cuáles son los factores que influyen sobre el indicador?

Creo que no hay una organización y esto también parto del estudio operacional de lo publicado por Parasuraman, en su libro "Calidad total en la gestión de servicios", señala que uno debe de manera estructurada examinar las expectativas y las percepciones y pone diversos tipos de categorías de problemas que tiene, brechas le llama él. Examina cuatro tipos de brechas, es decir, la que existe entre el usuario y quien le prestó el servicio, está la que existe entre el que prestó el servicio y el que diseña el servicio, entre el que diseña el servicio y el que toma decisiones sobre el servicio, y hace todo un libro dedicado al tema. Me parece que no hay una estructura tal, por lo menos en Essalud, una estructura que se dedique a examinar las percepciones y expectativas del usuario y transforme sucesivamente estos temas que reflejan estas brechas, por ejemplo, quienes toman decisiones están generalmente preocupados por la producción de actividades, por la calidad de éstas actividades, por indicadores que reflejan la producción misma de estas actividades, pero no hay un proceso estructurado que permita transformar expectativas y quejas del usuario, en decisiones de gestión, en intervenciones que se orienten al cambio de estas percepciones.

Por otra parte, si bien Essalud es una Institución bastante grande y que muchas cosas se trabaja de una forma bastante estructurada, tenemos muchos problemas de proceso que son bastante complejos, hemos avanzado en estructurar el área de producción de actividades y de la evaluación de la producción de las actividades, pero se necesita por cada tipo de enfermedades definir sus flujos, ya no solamente de cómo se diagnostica ni como se trata la enfermedad, sino el flujo que el paciente sigue, desde que llega hasta que está curado. Un paciente con cáncer, en diversos hospitales tiene una demora de medio año, hasta año dos meses o año y medio; me parece que es excesivo, para un paciente cuya enfermedad depende totalmente del tiempo, la evolución del paciente desmejora mientras más tiempo pase.

¿Existen hospitales en donde se aplique ya ese procedimiento a las enfermedades?

En Europa existe una organización que agrupa a todas las áreas, que en España lo conocen como "Procesos Asistenciales Integrados", en las publicaciones en el idioma inglés se mencionan como *Integrated Care Pathways*, ósea pasos de atención integrada. Los andaluces han trabajado bastante este tema, existen publicaciones de la Universidad Autónoma de Andalucía, una del año 2004 y una última que he visto en internet del año 2011, donde existe en la primera publicación, por lo menos ochenta de estos procesos estudiados. Por ejemplo, si el paciente entra por emergencia o entra por consulta, tiene una ruta que esta previamente definida, cada paso de esa ruta se define en las "Guías del flujo del paciente", el proceso tiene cada uno de sus pasos y en cada paso quien debe hacer esa actividad y cuánto debe durar, para tratar de reducir al mínimo todo el tiempo.

¿Entonces el flujo de los pacientes es mucho más rápido?

Si, justamente, por ejemplo, mientras acá estamos en varios meses, de año a año y medio, escuché las declaraciones de la Secretaria de Salud, hace como cuatro o cinco años atrás, ella explicaba porque se demoraban entre cuarenta y cinco a cincuenta y cinco días las operaciones de vesículas, dicho sea de paso, la operación de más frecuencia en todo el mundo

es la cesárea y la que sigue es la de vesícula. Existe una cantidad enorme de demanda para la vesícula y decía bueno si, tenemos incluso promedios más altos en la Comunidad Autónoma ¿pero significa que estamos peor?, No, ella señaló que se deben diferenciar las cosas, hay problemas que se resuelven inmediatamente como el cáncer, en cambio si usted tiene vrices o usted tiene problemas de la vesícula, puede esperar algún tiempo. Entonces decía nosotros tenemos entre cincuenta y cinco días en vesícula de acuerdo a las Comunidades Autónomas, pero el promedio en España para una operación por cáncer es de once días, ósea el tope no pasa de once días, frente a la cantidad de meses, el tiempo es mínimo.

¿Deberíamos reorientar la priorización de las intervenciones quirúrgicas, a través de la implementación de guías de flujo de paciente?

Se debe priorizar los procesos, de todas las atenciones por enfermedades, identificar cuáles son las enfermedades que tienen más riesgo, que son afectadas por el tiempo y que tienen una mayor cantidad de demanda, una demanda más amplia. También que luego en la parte de la oferta nos cuesta más, hay que considerar todos estos integrantes del costo, el riesgo de enfermar, morir o quedar discapacitado por una enfermedad, el volumen de la demanda y el costo de la patología. Entonces cada guía significa un estudio de grupos especializados, sobre cuál es la mejor ruta que debería tener el paciente para ser atendido en el menor tiempo de días.

No hemos logrado aún en el Perú hasta donde entiendo, por lo menos a las grandes instituciones, me refiero al MINSA y a Essalud, a ese nivel de detalle. Entonces, como institución no tenemos los procesos principales o que tienen más riesgo estructurados y organizado. Ósea la ruta del paciente no está estructurada, por lo tanto, los servicios no están organizados, también en función de esas rutas. Entonces tenemos que introducir este tipo de rutas y esto ya se gestiona en EEUU en los últimos veinte años, lo que se llama ahora gestión de la enfermedad o "Disease Management" fue creado por el norteamericano Warrent Todd, que era un administrador especialista en gestión de procesos, él comenzó a trabajar con un programa de asma, que fue muy exitoso en EEUU, a raíz de eso publicó un libro en el año 1997, pero la edición que tuvo más difusión fue la del 2001, esa edición fue la que dio parámetros para seguros privados, en lo que se llama "administración gerenciada", porque ellos hacen estos flujos y luego lo gestionan a través de la gestión de las enfermedades.

Ahora aparte de eso, hay que tener una visión mucho más macro en el Perú, para hacer cambios en la forma de atención, porque nosotros hemos pasado, de tener una población prominentemente con enfermedades infecciosas a tener una población prominentemente con enfermedades crónicas. Entonces no tenemos un modelo de gestión, que se adapte a la enfermedad crónica, que es una enfermedad que dura toda la vida, a diferencia de la infecciosa de tipo general, ahí no estoy contando diabetes, que son varios meses, no estoy contando las coronarias que son varios años, lepra que son varios años, son tres clásicas, son agudas, pero se comportan como crónicas, en el sentido de tiempo de duración.

En medicina se usa el término agudo para procesos que duran quince hasta veinte días, que se llama sub-agudo, todo lo que tenga más de veinte días pasa a ser crónico, entonces esas enfermedades crónicas no solamente duran más de veinte días, duran toda la vida, son diabetes, asma, son enfermedades que duran toda la vida, hay momentos que se estabilizan pasa el paciente bien pero, tiene alguna necesidad, pero mientras tome sus medicamentos que le reduce los periodos agudos, el paciente está estable.

El Doctor Barandarian en el College de New York hizo una serie de estudios y diseñó lo que se conoce actualmente como modelo de gestión del paciente crónico, él recomienda cuatro formas: Diagnóstico del paciente, equipos para tratar al paciente, atención domiciliaria y auto curado del paciente. Ósea trata de que el paciente se agrupe en clubes o asociaciones para que conozca más la enfermedad, se comunique con el paciente a través de internet, a través del chat, a través de teleconferencias, a través de distintas formas de comunicación, pero el mismo médico tratante, así como otro médico u otro profesional de la comunicación están en una relación continua, la idea es que el paciente se mantenga gran parte del tiempo en su casa estabilizado y si ven que se presentara un problema, se envía un grupo de atención domiciliaria, para que controle la reorganización, porque le resulta más conveniente para el paciente estar en su casa, con su familia, los que van a cuidarlo mejor, y por otro lado también

sale menos oneroso, menos costoso, que la cama de un hospital.

En un hospital terciario cuesta varios miles de soles, él va a gastar más, la intención que se hace para transformar el modelo actual que está centrado en enfermedades, al modelo de gestión de enfermedades crónicas, es importante. Si se domina la gestión de enfermedades crónicas, gestión de la enfermedad, guías o rutas clínicas y se introduce también métodos de análisis de economía en la salud, como costo efectividad en salud, que es diferente, que tiene su variante en salud respecto a la economía general de bienes, costo beneficio, costo efectividad, costo calidad y costo mínimo, entonces esas son las cuatro formas de organizar la economía, que se aplica también dentro de la economía de la salud.

Entonces, aparte del tema de cómo se prepara o se capacita a los gestores para trabajar en la Institución, para pasar el conocimiento de una institución de intangibles de la salud, y por otra parte cómo se gestiona la capacitación continua del personal de atención de salud: médicos, enfermeras, entre otros, entonces, en verdad el problema adquiere más complejidad, de repente de la que podemos pensar en un primer momento. No hay que pensar que estamos viendo esto como si fuera por primera vez, todo lo que vemos acá en el país viene sucedido hace treinta, cuarenta, cincuenta años, lo han visto ya otros que ya están más adelantados y que lo han solucionado, entonces lo primero que tenemos que hacer, es aprender de lo que ya han pasado por ese problema y han aprendido y han dejado soluciones.

Nosotros debemos tener una Institución en la cual los estándares, en los que solemos basarnos, deben ser estándares internacionales, porque son estándares que consideran luego soluciones o paquetes de soluciones, que ya han sido determinadas y que tienen pruebas de que han tenido efectividad, que han presentado resultados positivos, todo lo que usted dice, todo un bloque del modelo EFQM, es del Modelo de Calidad de la Unión Europea, porque estos países han avanzado en el modelo universal de salud, entonces ya tienen soluciones sobre la base de lo que han pasado, entonces nosotros deberíamos tomar un modelo tipo EFQM o algún otro modelo, que ya sea producto de la experiencia, que pueda ser implementado.

¿Doctor qué otro indicador considera que podría ayudar a tener satisfecho al paciente, del servicio que se le brinda? ¿Tiene algún otro indicador?

Me parece que el indicador del modelo de Parasuraman, les da indicadores interesantes, esto de percepción versus expectativas, dentro del contexto que él ha estudiado, nos permite referir el indicador a todo un conjunto de evidencias y luego a todo el modelo que él plantea para gestionar la salud, el modelo SERVQUAL, el Seguro ha utilizado bastantes datos de la encuesta SERVQUAL que fueron además adaptaron a Essalud.

¿En qué año se hizo esa encuesta en Essalud?

Eso fue entre los años 97 y 99, creo que también ha habido uno en el 95. La Institución contrató en el año 97, hay una empresa encuestadora como Apoyo o Arellano Marketing, que aplicó el Modelo de SERVQUAL adaptado a Essalud, y de ahí diseñó seis áreas de estudio, con un cuestionario como de cuarenta preguntas, esto se hizo para Essalud, recuerdo haber revisado la encuesta, los informes sobre el método SERVQUAL y nos pusimos a ver cómo podría esto luego servirnos en planificar las intervenciones que requeríamos realizar.

Me parece que en el año 2009 - 2010, hicimos en la Gerencia Central de Planeamiento de Essalud una suerte de manual, para examinar y analizar la respuesta de SERVQUAL y luego transformarlas en intervenciones y proyectos, que se incluyeron en los planes de Essalud, en los años 2010 y 2011. Un conjunto de intervenciones a partir de dichos estudios, ósea con el indicador que usaba SERVQUAL, que además consideraba a Parasuraman en su libro como diez dimensiones, pero luego acorta a siete y este luego se corta a cinco dimensiones. Es bastante útil, porque permite ver cosas objetivas que el paciente opina, permite medirlas y luego permite también que en base a eso se refieran a determinadas Áreas, por ejemplo, examinamos Consulta Externa, Hospitalización, Farmacia, Rayos X y Emergencia, hay preguntas definidas para cada área, entonces te permite ver desde la forma que fue atendido, desde el ambiente físico como está preparado, como está diseñado, la rapidez con que el paciente fue atendido, ósea han estudiado una serie de dimensiones dentro del modelo SERVQUAL, estudian las dimensiones, las cuantifican y luego muestran esto a través de

gráficos, es pues un modelo bastante bien estructurado, para este caso de los pacientes, no solamente la parte de la métrica de números, sino que la métrica dispara todo un conjunto de análisis de un modelo que es mucho más grande que solamente el indicador.

¿En cuánto al personal asistencial, que también tiene que ver con la atención, es importante cuan motivado este en la labor que realiza? ¿Nuestra Institución en que cosas se ha logrado avanzar en la motivación de los trabajadores asistenciales?

Creo que hay bastantes problemas, por una parte, el trabajador debería tener un conjunto de competencias, que deberían ser creadas por parte de la Institución. Se sabe que uno de los aspectos más valiosos que tiene el trabajador, es la capacidad que tiene, lo que el trabajador es capaz de hacer en las empresas, sin embargo, a pesar que se busca desarrollar no es seguro.

Hubo un tiempo en que estuve impulsando para que Recursos Humanos trabaje con el modelo de gestión por competencias, pero no se logró cualificar a los gestores, alrededor del año 2012. Es más, siguen trabajando con un modelo bastante rudimentario, que se basa más que todo en el control de tiempo, es decir, si la persona permanece en su sitio, a qué hora sale, cuántas horas trabaja, cuantas horas extras, etc., o también por ejemplo aspectos de tipos de contratos, negociaciones con los gremios, no es porque se esté en contra de los derechos de los trabajadores a hacer huelga o a sindicalizarse, creo que es un derecho que deben tener, deben conservarse y deben promoverse. Pero si el trabajador va más allá, de lo que son sueldos y condiciones de trabajo, intervienen aspectos de gestión, como está estructurado el seguro o cuántas plazas se necesitan, entran en campos que ya no son propios de la negociación laboral, y si la Institución le acepta, entonces esto distorsionan las cosas.

Si se revisan las normas de promoción de traslado, muchas cosas están hechas para que primero el trabajador sea favorecido, para pasar a otro nivel mayor. No se toma como en cuenta la meritocracia, se hace un uso abierto de las normas que hay dentro de la institución, estas privilegian a todos los trabajadores. Ahí está allí campos que de repente a esta hora giran, cambian de técnico 2 a profesional 2, muchas veces han seguido profesiones que no tienen mucho que hacer en el ámbito de la salud, he visto profesionales por ejemplo actores de teatro, profesores de primaria, que no son actividades que directamente se relacionan con la salud, claro uno les puede buscar una actividad dentro de la promoción de salud, de la capacitación, pero no son las profesiones que escogeríamos primero para promover. Entonces los gremios presionan para que los contratos de profesionales P2 o T2, se realice a través de promoción, existe un grupo pequeño sobre el cual se toman decisiones de promoción, pero al fin y al cabo, nos privamos de poder contratar profesionales o técnicos, que sean los mejores que tengamos en el país, ahí hay dificultades con la invasión de facultades para realizar la gestión, no es algo deseable.

Y la otra parte es, que deberían transformar completamente el sistema de gestión de recursos humanos, hacia un modelo de gestión por competencias, eso nos va a permitir definir claramente, por ejemplo, hacer un inventario de competencias, hacemos evaluaciones para saber aquello que tiene el trabajador, respecto al trabajo que tiene, significaría que primero partamos por cargos de trabajos, para ver que funciones más deben cumplir y que funciones se necesitan para cumplirlas. La institución debe preparar al trabajador para que genere esas competencias que se necesitan para los puestos de trabajo, pero sino la capacitación se centra en cuantos días de capacitación se van a dar, además las capacitaciones no son hechas por métodos de capacitación participativos, son hechas básicamente en la vieja práctica, que yo hablo te un pies, entonces yo he sido Jefe de la Oficina de Capacitación en una oportunidad, el 90% de los procesos que se hacían en el Hospital Almenara, eran cursos que se llevaban de 8 de la mañana a 5 de la tarde, todas eran exposiciones, todo "Power Point", el primero, segundo y tercer día, se le satura a las personas, porque ya no se tocan temas tan diversos, pero usted ve allí, que simplemente se trata de que un grupo de personas expongan sobre un tema, pero no hay una definición clara de que competencias prefieren, que cosa tienen y de una manera carecen esos trabajadores, que están en cursos, para que luego a un mes, dos meses, tres meses, se vea si se ha generado los puesto de trabajo que necesito para los cargos que están ocupando, para puestos de trabajo, nada de eso hay en este momento y eso nos perjudica realmente como Institución.

¿Las normas tienen que ver algo en eso?

Claro es que las normas están escritas dentro de un modelo, si el modelo se centra en control de tiempo, en una capacitación que no tiene competencias, que estaba centrada en contratos, pensiones, legajos y otros temas que son todos los temas funcionales que están actualmente en personal, la verdad tengo problemas, lo que haríamos es transformar eso, poniendo un equipo que haga descripción de puestos de trabajo y las capacidades que necesitan, esa es la base para luego comenzar a generar competencias. Y comenzar a estudiar clima profesional, porque la naturaleza del clima es importante para el trabajador, también transforma su forma de perseguir las cosas y apoyar a la Institución. Existen bastantes cambios por hacer, no solamente algunas cosas, sino en el conjunto de modelo de gestión de recursos humanos, podríamos dar un salto enorme realmente.

¿Doctor en relación al tema de seguridad e higiene en el trabajo, que tanto se ha avanzado y que cosa se debe mejorar?

El tema de salud ocupacional ha hecho aportes importantes, han hecho propuestas, también la OIT ha hecho un conjunto de propuestas para la seguridad y la salud en el trabajo, existe una Oficina de Seguridad y Salud en el Trabajo, en el Ministerio de Trabajo, luego tenemos un grupo importante de especialistas y profesionales dentro de la Institución, que hacen trabajos para tratar de garantizar la seguridad en el trabajo. Existe un avance importante en todo el tema de disposición de residuos sólidos y de bioseguridad del trabajador, y después se hacen campañas masivas para tratar de prevenir la tuberculosis, la hepatitis y VIH. Porque las tres principales demandas ocupacionales del Seguro son esas. Se ponen vacunas a los pacientes vectoriales, que están en contacto con sangre, son unas cajas de cartón donde se ponen las agujas y luego se suturan, una vez desinfectada la aguja esta vaya a un balde de basura, son equipos en los hospitales que se usan casi masivamente, luego se ha avanzado también en el tema de las vacunaciones, y con la exposición de los residuos sólidos. Es un conjunto de intervenciones que se hace, para que la basura antes de ser generada, sea primero clasificada, como una separación de la basura, plástico, papel, metal, vidrio, de ahí vienen partes de diferentes colores para identificar cada tipo de basura. También hemos avanzado en modernizar la tecnología de los incineradores, todavía se usan incineradores que dejan bastantes residuos, donde la Institución pierde cada año millones de soles, pagando a empresas que con camiones recogen la basura, una cosa que debería ser del pasado, lo mismo que gastamos año por año en contratar esa empresa, lo podríamos invertir en comprar y operar incineradores que dejen un mínimo de contaminación.

¿Doctor cuando usted mencionaba la gestión por competencias, en el tema de capacitación del personal, hay mucho por mejorar en ese tema?

El año que he estado de gerente en el 2015, teníamos en esa época, un presupuesto de 10 mil millones de soles, ¿Cuánto se llevaba capacitación? 10%, 15%, 20% no, en total 10 millones de soles, ósea casi 1 por 1,000, son montos exigüos, para una cantidad de 50,000 trabajadores que tiene Essalud. Entonces, primero para que exista una buena inversión, se debe cambiar el modelo de gestión de la capacitación. No puedo hacer trabajo con competencias identificadas, es como disparar al aire y ver qué pasa, no va a ver impacto, porque si no se sabe que quiero mejorar, donde puedo impactar, entonces no voy a tener éxito en mi gestión. ¿Qué indicadores existen actualmente? cantidad de gente de fue a una capacitación, cantidad de horas que fueron, cantidad de dinero que se gastó. Pero, eso no significada nada, son indicadores como usted sabe de recursos, de procesos, pero no de resultados. No me dicen de estas capacidades y competencias, y por lo tanto, ver el trabajo que ha mejorado, en esta proporción. Se requiere hacer un programa de trabajo de capacitación que permita que las competencias, sean delegadas y luego hacer un seguimiento para ver que, a través de estas capacidades, ellos hayan mejorado su desempeño, a las finales el mejor desempeño va a ser el mejor medidor del asegurado.

Doctor la última pregunta que le hago está relacionada con los indicadores clave. ¿Qué indicadores clave podría usted proponer en Essalud, que le permita dar una idea de cómo está marchando, que beneficio le está dando a los asegurados, cuál sería el indicador? Por ejemplo, que opina del indicador de productividad.

Las políticas de Salud en el año 1998 hicieron una recomendación de tipo general. Los indicadores y los objetivos de los planes debían estar enfocados en la salud de las personas, porque en verdad en términos de gestión de los servicios de salud y de los hospitales tenemos

dos bloques: La gestión de la salud, que es lo que el asegurado va a demandar, la mejora de la salud y la gestión de la oferta de los servicios. Entonces la Institución sigue enfocada en gestión de la oferta, como manejo de la producción, la productividad, la cantidad de días cama disponible, rendimiento horas hombre, porcentaje de ocupación, todos los indicadores que manejamos, son indicadores de oferta, y son su presente de gestión, de quien maneja la Institución. Entonces probablemente, las coberturas más grandes, se logran a través de procesos de actividades, éstas nos permiten alcanzar una cobertura determinada de una población que tenemos como objetivo, y si hay una deficiencia de un buen rendimiento, va alcanzar con la menor cantidad de inflación, va alcanzar una importante cuota de la población. No es que esté en contra del indicador, sino que no debe ser lo prioritario, sino que también no hemos actuado más en mejorar la salud de la gente.

Entonces diría que muchos países, ya que estamos hablando de EFQM, en casi todo Europa, EEUU, Australia, Japón, son los países más industrializados, los planes que hacen se ven, así como planes de salud, nosotros todavía tenemos planes de gestión, quizás de gestión de la oferta, allá existen planes de salud. Es decir, se estudia el peso de la enfermedad, la carga de la morbilidad, estos son estudios de la Universidad de Harvard con la Universidad de Londres y el Banco Mundial, en forma articulada. De allí surgió en el año 1993, todo un diseño que se llama ahora economía de la salud, entonces, se continuo en tipos de enfermedades que son las más frecuentes, cuanto nos cuesta y cómo podríamos hacer para que con menor dinero podamos tener lograr un mayor impacto para estas enfermedades. De allí vino este tema de calcular los años de vida saludable, los años de vida perdidos, los AVAD o los años de días de ajustados de incapacidad, por pérdida de calidad, en fin, todo un conjunto y estructura teórica me refiero, que luego se deriva en lo que es la economía de la salud. De allí viene también, la importancia que tiene ahora el estudio de costo de efectividad de las intervenciones en salud, ósea que tan beneficioso es la intervención y cuanto logra en años de vida saludables ganados.

Estamos viendo tanto la producción, en primer lugar, cuantas intervenciones existen en salud sobre el peso, la hipertensión, diabetes, accidentes, sobre diversos tipos de patologías, cáncer, etc. Se tiene una serie de intervenciones por hacer, primero priorizo por carga de morbilidad, es una combinación de indicadores, de lo que tiene que ver el riesgo de enfermarse, de morir, tiene que ver el impacto de la salud en las enfermedades de una población, con las frecuencias de las enfermedades, la complicación, todo esto se ve a través de la carga de morbilidad. Y luego pones ordenado de mayor carga de enfermedad a menor carga de enfermedad, lo haces priorizado por carga de morbilidad, comienzas a ver cuáles son las intervenciones más costo efectivas.

En la base del costo efectiva, es un medicamento determinado, es una operación determinada, es una combinación de estos, deben haber intervenciones de personas previsibles de la promoción de salud, tengo que ver qué cosa es más costo efectivo y en función a eso puedo determinar una división eficiente de fondos, para no hacer intervenciones desde la salida del asegurado, estas intervenciones se hacen a través de los servicios, estos deben tener priorizado por carga de morbilidad, guías clínicas y prioridades que tengan y no tengan intervenciones costo efectivas.

Puedo medir luego el conjunto como sociedad o país, en función a años de vida saludable recuperada, año por año, otros países estudian carga de morbilidad, Colombia ha avanzado mucho en estos aspectos, ellos tienen estructurada una encuesta de salud, porque también el diagnóstico del problema de salud, tiene bastantes limitaciones en implementar y son más que todo estudio de tipo furtivo o general. En Colombia todo se hace en base a encuestas de salud, de muchas que siguen, Chile también tiene varias encuestas hechas, también Brasil, México, Argentina. El Perú en esta parte se ha quedado en la parte de encuestas, diría, por ejemplo, que el Seguro siguiera el curso adecuado, haciendo encuestas de salud en el país, esas encuestas duran varios meses, eso no hace en un solo un día, sino, así como se toma el dato la ENAHO que es global, que son datos de tipo general, en datos de salud, yo a eso le agregaría por ejemplo exámenes de pacientes, exámenes tipo, a determinados tipos de pacientes, ver el trato de los pacientes. Entonces tengo una idea mucho más clara, de cuáles son las patologías, porque de pronto, todo lo que llega al hospital, es lo que pasa realmente, hay muchas cosas que me llegan, me llegan en diferentes proporciones, entonces puedo tener

nitidez, no sé nada, en la prueba de morbilidad.

He conversado con el Jefe de la Oficina de Inteligencia Sanitaria de Essalud, mencionaba que uno de los problemas que tiene, es que no pueden dar con la información, para poder elaborar la carga de enfermedad y una serie de indicadores que están asociados a ella.

Bueno como se dice habitualmente, lo perfecto es enemigo de lo bueno, creo que se debe empezar a trabajar con la información que se tiene, hay otras cosas que seguramente se debe estimar, se puede hacer muestreo de cosas pequeñas, sino, no vas a necesitar empresa de salud que de allí le dé a todo el país, que también se hace por muestreo. Tengo que trabajar muestras de diferentes variables, que yo no tengo claras, o por las cuales no cuento, puedo contratar al actual INEI, para que incluya dentro del ENAHO u otro tipo de estudio, encuesta nacional que hace el INEI, incluyendo dos, tres o cuatro preguntas, que me interesa obtener, esas son encuestas de alcance nacional. Entonces, puedes hacer tus propios estudios y la relación seguramente, que determina el tratamiento de información. Pero con la información que tenemos, con las simulaciones que se hacen, creo que se tiene una idea bastante aproximada de lo que está pasando, como digo no es todavía perfecto, pero siempre hay una posibilidad de mejora, pero si me abstengo de hacer un estudio, porque me falta alguna información.

Doctor alguna otra información que usted quiera mencionar, que considera relevante en el tema de calidad que pudiera aportar.

Creo que se deben integrar también los temas de calidad, a finales la realidad es como la especificación técnica que deben cumplir todos los productos. Así como hemos aprendido muchas cosas de calidad, me parece que falta conocer bastante, o falta definir bastante dentro de la Institución, la gestión de operaciones, porque esta gestión es básica, es la gestión de la producción en la gestión de operaciones básicas que hace la Institución. Las operaciones básicas actualmente son consultas, hospitalización, intervenciones quirúrgicas, emergencias, cuidados críticos, operaciones de la parte preventiva promocional y de la atención primaria, y a través de ella preparar al profesional, para poder gestionar esas operaciones.

Yo no veo en la Institución que exista una preparación profesional, para gestores de la consulta externa o para gestores de la hospitalización, la hospitalización no tiene pautas que todos los servicios cumplan, no hay un gerente de hospitalización, sin embargo, cada servicio en la parte administrativa organiza las actividades, a pesar que hay normas sobre dirección, no tienden a organizar transversalmente los servicios, si lo vemos en una matriz, los servicios podrían ser organizados terminalmente por jerarquías de servicios, departamentos, gerencias y por tipo de especialidad, pero transversalmente a toda esta estructura, están las operaciones de consultas, hospitalización, las que hemos mencionado.

Entonces particularmente la hospitalización es el corazón, el centro del hospital, es el área donde se puede ver el paciente mucho más detenidamente, se puede aplicar todo, por eso que tenemos a través de intervenciones de diversos tipos. La hospitalización debería funcionar de una forma excelente, deberíamos tener un gerente de hospitalización, que se encargue de hacer un plan para gestionar las camas, para gestionar las estancias, para gestionar las altas, para gestionar las complicaciones y las defunciones, ósea las intervenciones para la discapacidad de las obligaciones, para que yo tenga estancias mucho más cortas, este hospital tiene muchas camas, donde tranquilamente con la misma cantidad de gente, podría funcionar con la mitad, 750 camas, usted me dirá bueno tiene una bola de cristal, o ha amanecido inspirado y se le ha ocurrido esto. (Risas)

Usted es estadístico y sabe lo siguiente, que si yo tengo en este momento un promedio de las estancias de 12 días, que es bastante alto, tengo 6 servicios de obstetricia, 125 camas de servicio, si yo hago intervenciones en la gestión, que pretenda reducir la estancia a 6 días, luego voy a pasar con 150 camas, simplemente por una cuestión aritmética, de que los días cama disponibles se van a pasar a la mitad, pero también se van a pasar a la mitad las estancias, o atender la misma cantidad existente exactamente, con la misma cantidad de gente, con la misma cantidad de pacientes, con la misma cantidad de trabajadores, en menor tiempo.

Ahora eso que usted discutía, que yo había amanecido inspirado, se ha dedicado a integrar literatura fantástica, pero en sí, en EEUU, en Europa, Japón, Australia, los promedios de tratamiento de los hospitales terciarios, no estoy hablando de los hospitales generales, están en 5 o 6 días, las revistas de salud publicadas por la OMS el año pasado, de series estadísticas, pero ellos están de 5 a 6, ahora como acá, ¿por qué no podemos hacerlo?, bueno porque el laboratorio ha avanzado bastante, pero si el laboratorio llega a las 12 o 1 pm, ya no llega directamente a su destinatario, llega al día siguiente. Las imágenes, las citas, están en una distancia enorme de 2 a 3 veces, tanto en el Hospital Rebagliati como en el Hospital Almenara. Las citas peor, para imágenes como PET-SCAN, Resonancia, Tomografía, mucho más tiempo, y además los equipos lo usan tan intensivamente que se malogran frecuentemente y estamos 2 a 4 meses sin equipo. Luego lo que más se ignora, es la anatomía patológica, se demora de 15 a 20 días. Entonces esto genera una cantidad enorme de colas de espera, luego también las interconsultas, no siempre se hacen rápidas, y lo otro es como capacito a mi médico, para que en forma rápida, pueda tener un paciente en una fase crítica y por lo menos lo estabilice. Porque el número de las estancias dependen de la edad del paciente, si el paciente está más grave, va a demorar más en poderlo estabilizar, tiene que ver con las interconsultas, con laboratorio, con imágenes y con las citas, y la respuesta del laboratorio, de imágenes y de patología. Si hay control de todo eso, comienzan a tratar al paciente en su casa, menos gente va a venir, o va a venir menos complicada, ósea si yo atiendo mejor a los pacientes a domicilio, que sean efectivos, que lo vean al paciente, entonces este ya no va a venir en la última etapa, va a venir en una etapa previa. Estos hospitales terciarios se van a parecer más a unidades de cuidados intensivos, incluso en países de la atención primaria, funcionan bastante bien. En todo Europa tienen cantidad de pacientes sumamente complicados, entonces habría que hacer una serie de intervenciones que mejoren todos estos procesos, a la vez me van a permitir reducir la cantidad de camas. Lo que pasa es que los ingleses hicieron por el año 2000, donde dicen que no debería haber hospitales de más de 450 o 500 camas, porque se vuelven inmanejables, bajo la forma que manejamos los hospitales. Yo podría dividir este hospital en 10 Unidades de Gestión, es posible que el gestor, arroja a cada paciente a los médicos y a los problemas que hay, pero ya tengo Unidades de manejo más cerquitas, lo que tenemos que hacer es cambiar la gestión de los hospitales grandes, y tratar de si no puedo inmediatamente, reducir las camas, pero puedo avanzar hasta eso, a través de la disminución de las estancias, debo aliviar el hospital en varias áreas, que sean más pequeñas, para ser más manejables. Ósea todas las Unidades deben ser agrupadas en grupos de 100 a 120 camas, yo por ejemplo en Almenara tenía 10 Centros Especializados que atiendan ya cosas diferentes, con 15 Unidades de Gestión de 100 camas. Además, tuviera gestores de la consulta, de hospitalización, de áreas críticas y de sala de operaciones, entonces estaríamos viendo, por una parte, una mejora de la gestión de las enfermedades y una mejora en la gestión del proceso de la oferta de atención. Luego preparar gestores que estén especializados en el manejo de hospitales, no hay muchas instituciones, o la gente no se matricula con mucha frecuencia en días o carreras que permitan gestionar hospitales. En verdad, la situación es muy compleja. Peter F. Drucker el padre de la administración moderna, decía que quizás el hospital era la más compleja de las organizaciones científicas modernas.

Doctor quiero agradecerle por brindarme la entrevista.

Quiero agradecerle por participar de esta entrevista.

Entrevista N° 3 (E03)

Perfil: Funcionario normativo y experto en gestión de salud

Ciudad: Lima

Muy buenas tardes Doctor, agradezco por la entrevista que me brinda para este tipo de Investigación de la Calidad. La primera pregunta que le haría: ¿Usted considera que las Oficinas de Calidad deben tener el control del indicador de quejas y reclamaciones de los asegurados? ¿Qué opina usted?

En verdad, tiene sus ventajas y desventajas. Una ventaja de que la Oficina de Calidad tenga a cargo de las quejas y reclamos, es una ventaja que puedan tener de manera directa toda la información sobre quejas y reclamos, pero, por otro lado, la desventaja es que, si la Oficina de Calidad se hace cargo de las quejas y reclamos, dado que pertenece a la misma gestión, puede a veces incurrir en malas prácticas, como por ejemplo ocultar información o sesgar la evaluación de una determinada queja. Esta es una práctica a veces común, en varios grupos empresariales o en varios sectores industriales.

Entonces, una ventaja de ponerlos separados, es evitar que exista esa manipulación, pero como también se dijo en un inicio, la ventaja es que tienes la potestad de contar con toda la información, que te permite saber en que estas fallando y como lo puedes corregir, va a depender entonces de la gestión, de la transparencia de la gestión y del grado de madurez en este caso de los encargados de estas Oficinas, para no caer en esos errores.

Por ejemplo, considerando su opinión, la encargada de Jefe de Calidad del INCOR señalaba que ellos no medían, no tenían control de este indicador y que eso era una labor más de atención al asegurado y es más ella mencionaba también que lo lógico es que ese estudio o la encuesta que recoge esa información lo debería hacer un ente externo.

Claro, tiene esa ventaja la imparcialidad y el de evitar el sesgo, pero una cosa es una encuesta o estudio y otra cosa son la gestión de las quejas y reclamos, si es a través del módulo de quejas y reclamos, la gente se está quejando directamente del servicio que se le brinda, entonces, eso sí debe estar en sus funciones, porque es parte de la gestión de la mejora del proceso.

Los estudios de percepción del usuario y satisfacción, complementan al trabajo de registro. Si analizamos ¿quiénes se quejan? no se quejan todos, se queja un grupo de personas, generalmente se quejan los que han tenido maltratos y mala prácticas, dependiendo del grupo etario, si es varón o mujer. Dependiendo del impacto de la atención, si es algo leve la molestia por la ocurrencia, muchas veces tienen disconfort, pero no se quejan, porque perderían tiempo, pidiendo el Libro de Reclamaciones o el Sistema de Reclamaciones, entonces para evitarse líos o conflictos muchos asegurados prefieren no reclamar. Entonces de los que tienen una mala experiencia con el servicio, dependiendo del grado de afectación, reclama más o menos alrededor del 20% a 40%, las quejas y reclamos ya son cosas generalmente mayores.

¿En todo caso como lo diferencia con el Servqual?

El Servqual es un instrumento que te mide satisfacción del usuario, bajo ciertos parámetros, te evalúa Recursos Humanos, Organización, Competencia, varias dimensiones del servicio, pero es un estudio o instrumento para ser evaluaciones, no es un instrumento para recibir quejas o reclamos.

Ok. Pero si yo quiero medir la insatisfacción o la satisfacción del Paciente ¿Cuál de los dos te debe permitir tener un mejor acercamiento?

Tienes que tener los dos, porque muchas veces las encuestas de percepción y de satisfacción Servqual te miden dimensiones estándar, pero hay muchos errores que no necesariamente caen o se tipifican bien en ese estándar. Para eso necesitas una aproximación más cualitativa, así como ahora me estas preguntando, para encontrar ese error, por eso es necesario tener un sistema de registro, un sistema de atención que capture esas particularidades de cada servicio. Se debería tener otro sistema, parte de una investigación estructurada, otro sistema que te capture la experiencia misma, necesitas instrumentos o sistemas de registro de esa particularidad.

Una opinión que tenía uno de los entrevistados, un doctor me comentaba que esta clasificación de las quejas de los reclamos, tampoco no está completa porque no le permite identificar muchas veces las causas de esas quejas.

Cuando hicimos el sistema de reclamos de la Superintendencia de Salud, en verdad encuentras tanta variedad de tipos de reclamos, que es difícil clasificarlos. Así que generalmente lo que haces es agruparlos, pero hay particularidades infinitas que no las puedes agrupar, entonces generas grupos de otros, muy generales, muy amplios, que no te permiten identificar el cuello de botella. Es muy difícil agruparlos, cada grupo tiene un comportamiento diferente, por ejemplo, en el caso del grupo femenino es diferente a las opciones del masculino, es totalmente distinta, lo femenino se ve incluso en la forma de cómo te miran, de la forma como te vistes, lo que pasa es que la mujer es más perceptiva, entonces se da cuenta del nivel de detalle, el hombre es un poco más pragmático, no es muy observador y es muy directo, por ello puede reclamar cuando le afecta directamente, físicamente o emocionalmente, no es el caso de la mujer.

En líneas generales, si quiero priorizar porque tengo una gran variedad de casos de quejas y reclamos, donde podría centrarme para tratar de buscar la satisfacción, con la situación que vive Essalud, ¿Dónde debo orientar a resolver los reclamos, para que esto se refleje en la satisfacción del asegurado?

Creo que el gran problema de los reclamos en el caso de Essalud, diría que del 90 % de los asegurados es la falta de oferta, ósea las colas, el diferimiento de citas, que se producen en el servicio de salud, la espera es probablemente el principal problema, hay una brecha fuerte, entre la oferta existente y la demanda real, porque la demanda efectiva que tenemos, también es una demanda un poco fabricada. Por ejemplo, cuando analizas las sesiones, te das cuenta de que, se mueven de un servicio de medicina al servicio de cardiología, ese movimiento nomás dentro de la misma institución se cuenta como dos sesiones, porque el sistema lo cuenta así, cuando es uno realmente. También se dice tuvo cinco mil egresos hospitalarios, pero ojo no son egresos, hay que ir al detalle para ver que en realidad no ha habido tantas hospitalizaciones sino menos. Entonces, como el sistema te brinda información de los registros no es bien comprendido y genera distorsiones, tú puedes tener una falta de oferta donde en realidad no la hay, sino lo que hay es una desorganización del servicio, y eso, por ejemplo, ahorita aparece cuando se evalúan los indicadores.

¿Se podría optimizar con los recursos actuales?

Si, cuando ves, hay sitios a los que puedes optimizar y donde hay probablemente gente que no esté haciendo sus actividades y labores, que pasa en el servicio de consulta externa o ambulatorio, si a una paciente necesita ser operada, previamente tiene que tener una cita para que la vea el médico y le de las órdenes de laboratorio, después de las órdenes de laboratorio, se toman los exámenes y tiene que pedir otra cita con el mismo médico, para que vea si los exámenes están bien. Después de eso recién va al anesthesiólogo y al cardiólogo, y de ahí le dan otra cita y tiene que regresar antes, y después de esa última cita, ya recién va a programación. En ese sentido, ha tenido cuatro o cinco consultas ambulatorias, cuando en la práctica, si se junta todo como un solo proceso, le bastaba dos consultas nada más. Todo esto se debe a que todo está fragmentado, porque no hay una continuidad entre lo que te atiende el médico y todos los exámenes auxiliares. Si hubiera esa continuidad, no necesitarías cinco consultas, saturas el consultorio, o incluso puede que no lo satures, porque como el médico ya te conoce de dice, venga la próxima semana, apúntese y ya tiene un número más, una consulta más que refleje su producción, pero que en la práctica no va a servir de nada, aquí tenemos un problema. Como registro de producción se puede utilizar, pero tiene que cambiar el modo de medición y el modo de gestión. El modo de medición es fragmentado y desintegrado porque al paciente no lo ves como paciente, sino lo ves como consulta, como procedimiento.

Las consultas son procesos intermedios

Son procesos intermedios, es partir de una sola cosa, por ejemplo, cuando nosotros veíamos en la comisión de estándares, nos preguntábamos ¿Qué es la atención de salud?, una consulta tiene temas auxiliares, actividades complementarias, procedimientos, exámenes, todo eso es una consulta.

Entonces implicaría trabajar en base a procesos o modelo basado en pacientes

Correcto, en modelo basado en pacientes, pero no en procedimientos.

¿Qué debería hacer la Institución mínimamente para sentar esas bases?

Primero de lo que hemos hablado, aplicar estándares de datos, estándares de información y adecuación de los procesos, sino es imposible dar mejoras.

En cuanto a los indicadores de transparencia de información con los pacientes ¿Qué tanto falta o cuanto se ha avanzado en Essalud?

Cuando se ven los indicadores ¿Qué cosa es transparencia?

¿Ósea el paciente requiere conocer como es atendido, diagnosticado, operado?

Todo el tema de información, de lo que es el paciente informado, en realidad es poca la información que se le viene brindando al paciente, porque a diferencia de otras realidades, en las cuales los sistemas hospitalarios y asistenciales les brindan a los pacientes, toda la información hospitalaria, procedimientos, la cirugía, los medicamentos que van a usar. En el caso del Perú, los pacientes obedecen lo que su médico le receta, confía en el médico. Son pocos los médicos, que en realidad brindan la información al paciente, prácticamente es un tema personal, no existe iniciativa de estandarizar a nivel nacional, la información que debe ser visible para el paciente. Si el paciente quiere saber en qué casos debe realizarse la cesárea, no hay donde informarse, saber cuáles son los tipos de cesáreas, que tipos de partos pueden realizarse, bajo el agua, vertical, en compañía, hay varios tipos, pero nada de estos se le hace partícipe al paciente. Primero, no hay la capacidad de respuesta, ni tampoco hay el desarrollo de los materiales, ni los sistemas de comunicación al paciente. En verdad, casi todo el sistema de comunicación al paciente o dedicación para la salud, esta venido a menos. La información médica no es entendible, porque no está hecho en un lenguaje adecuado, lógicamente puede existir la posibilidad de engaño a los pacientes.

¿Qué país de referencia podríamos tomar como un ejemplo a seguir, en el tema de transparencia de información?

Tenemos a los países escandinavos que han avanzado bastante en estos temas, igual Canadá. En los cuales, la información está a disposición de los pacientes. Existen brochures, sistemas de información para el paciente.

¿En el Estado quien realiza esta acción, existe un organismo tipo Susalud?

No, tienen algo ya más o menos trabajado.

¿Sería el Ministerio de Salud de dichos países?

Quien debería trabajarlo y dar los lineamientos, serían los Ministerios de Salud, y probablemente tenga que ser supervisado, allí si sería un ente similar a Susalud, pero los lineamientos, las políticas y las estrategias, si son responsabilidad de los ministerios. Hay que dosificar la información, al paciente tampoco no le puedes dar todo, porque lo puedes confundir, puede distorsionarse con la información que le brindes, se debe brindar una información básica, que no pueda ser una elección.

Recuerdo hace años, ha habido intentos de dar a comunicar a los ciudadanos, a los asegurados, a través del Estado, de darle a conocer que todo paciente tiene derechos de conocer y acceder a información.

Por ejemplo, que te podrían decir, usted tiene derecho a conocer como paciente informado, ¿cómo se entiendo eso? Tiene derecho a saber su historia clínica. Pero el paciente no entiendo muy bien de eso, además que no existe una adecuación cultural, debemos tener en cuenta que en el Perú existe una gran cantidad de pacientes, entre cinco a siete millones de personas que son quechua hablantes. Tenemos una barrera cultural, sobre todo en el ámbito rural, pero también en Lima. Sólo en Lima existe un millón de quechua hablantes. Hay un tema, que no solo es de falta de comunicación, sino de adecuación cultural de la comunicación.

En cuanto a los ejecutivos y trabajadores asistenciales ¿Usted considera que tratan de resolver los pedidos de los pacientes que hacen a través de los reclamos? ¿Cree usted que la Institución en estos años ha tratado de resolver esos temas?

Creo que, si se ha tratado de resolver, pero la magnitud sobrepasa la capacidad de respuesta. Cuando tú tienes una Oficina de Atención al Asegurado que tiene un personal por Red, lo veo un poco complicado. La experiencia de Susalud por ejemplo en el caso de los facilitadores te ayuda, para un caso puntual, pero no te ayuda a mejorar lo que está fallando, entonces se

evidencia que falta todo un sistema, que en base a un reclamo o una queja se retroalimente y mejore el procedimiento y el proceso. Eso no existe, lo que sucede es se trata de solucionar la queja y reclamo, para que no convierta en escándalo, ni se convierta en un tema judicial o contencioso. Pero no hay esa retroalimentación, de gestionar el reclamo como algo que debe mejorarse en los procesos. Esto involucra no solo a la voluntad del gestor o del funcionario que está siguiendo el reclamo, sino involucra compromisos en todo el sistema y todos sus componentes, desde el que está en guardianía hasta el director. Puedes encontrar predisposición probablemente de los funcionarios, pero no de los operativos. Además, a esto, se tiene que tener el contexto de los sindicatos, que ocasiona a veces una distorsión de muchas actividades, protegen a veces muchas cosas que no son adecuadas.

¿Usted considera que la Oficina de Calidad debería tener el control del indicador de motivación de los trabajadores asistenciales para mejorar los servicios de los asegurados? ¿Lo considera relevante o no, para mejorar el servicio?

En todo proceso de mejora de la integridad, tiene que haber un componente de evaluación interna, buscar la satisfacción del trabajador es básico. Considero que la Oficina de Calidad debe conocer el indicador, debe monitorearlo y debe tener la capacidad de hacer la gestión para poder cambiar lo que está fallando, la cual afecta la conducta del indicador.

¿Puede implementar acciones que conlleve a resolver esos problemas?

Por ejemplo, uno de los problemas del cual se queja mucho el personal, es que no hay capacitación. La Oficina de Calidad puede intervenir, pero no tiene injerencia, puede hacer la recomendación, pero solo es vinculante. Entonces se necesita que los temas de calidad sean de responsabilidad de la más Alta Dirección, que debe tener como brazo operativo a la Oficina de Calidad, pero el compromiso de la mejora, debe ser lo más cercano a la cabeza, sino no se puede cambiar. Entonces, la Oficina de Calidad si puede tener el control y monitoreo del indicador, pero para el control de los condicionantes, se requiere que exista una incidencia fuerte en la alta gestión, sino queda nada más en un indicador.

¿De acuerdo a su apreciación como cree que está la motivación de los trabajadores en Essalud?

Creo que hay dos grupos o hasta tres, hay un grupo que tiene una motivación permanente, ya sea porque como dicen “tiene la pistola en la cabeza”, que son aquellos que pueden ser despedidos rápidamente, su motivación es permanente, están motivados, pero probablemente no están satisfechos. Los trabajadores bajo el régimen CAS son un ejemplo, también los que están bajo contratos personales, los cuales si no cumple con su producto: ¡chao! Tienes otro grupo dentro de los trabajadores, que está contento con su posición, porque le da cierta satisfacción, se ven realizados, y que si están motivados y trabajan por su Institución. Y tienes el tercer grupo que está estable, que está en la Institución simplemente para pasar el tiempo, para aprovecharse de la Institución sin hacer nada, ganar sin hacer nada, es más, aprovechándose de la misma Institución, con el mínimo esfuerzo, incluso apelando a prácticas incorrectas que lindarían con la corrupción. También tienes otro grupo de gente, que se ve frustrada en la Institución, que está descontenta con lo que hace, que haría todo por cambiar, ¿qué porcentaje representa? Bien difícil saberlo, porque esas cosas ni siquiera salen en las encuestas, porque es bien complicado el tema, pero más o menos, se cumple la “Ley de los tercios”, un tercio que trabaja, un tercio que se sirve de él y un tercio que se opone.

¿En cuanto a la participación de los trabajadores en la mejora de la gestión de la calidad, es nula?

Creo que habido ciertas iniciativas, habido premios, algunos concursos que se han hecho, pero como política institucional no está Institucionalizado, como si ocurre en el sector privado, probablemente sea el que tengan mayores experiencias sobre la participación del trabajador en la mejora de los procesos. En el caso de las Instituciones Públicas, no conozco ninguna gestión pública, quizá puede que sea la SBS, algún tiempo SUNAT, pero no en el caso de ESSALUD.

¿Y cómo hace la empresa privada para fomentar la participación del trabajador?

Generalmente lo que hace muchos de ellos, apelan al tema de buzón de sugerencias, al tema de concursos estandarizados de su personal. En dichas empresas el personal participa activamente, ahí hay una retroalimentación entre los jefes directos y el personal. Algunas empresas, sobre todo las japonesas, han trabajado mucho los círculos de calidad, donde

participa el trabajador, participa los gestores y hay una relación casi de tú a tú, cuando se trata de ahorrar el proceso, cosa que no existe acá en el Perú, donde tienes que amplificarte. La Alta Gestión con la Alta Gestión, los Stakeholder con los Stakeholder, y los Operativos con los Operativos, entonces es un poco difícil romper ese paradigma que tenemos desde periodos de la época Republicana. Creo que eso falta, esa comunicación debería ser más horizontal, sobre todo en el momento que suceda los problemas. Porque quieras o no, la parte operativa a veces conoce los procesos, entonces uno a veces, el consultor, el gestor, va y evalúa el tema, pero no logras ver lo que está pasando por dentro, es como uno cuando evalúa a un enfermo, lo tocas por fuera, lo auscultas por fuera, pero no sabes lo que está sintiendo por dentro.

¿En cuanto a las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo, en los hospitales de ESSALUD?, ¿Considera que estos Indicadores han mejorado?

Es un tema pendiente, en el Perú hay referencias de algunos países, así como tenemos una variedad de pisos ecológicos, tenemos una variedad de enfermedades, dentro de las cuales requieren condiciones especiales de seguridad. Somos el primer país en América Latina en lo que es tuberculosis, altamente resistente y drogo resistente y los ambientes de hospitalización, salvo algunas experiencias contadas con una mano, no hay ambientes especiales, adecuados y decentes en hospitalización, consulta externa, no hay un tema de adecuación de los consultorios para estos pacientes, ósea serán contados por lo menos Almenara, Rebagliati, los consultorios, emergencias no están preparados, existe la probabilidad siempre de infección, de hecho que hemos tenido como país, no hay una adecuación, es un problema estructural, ósea por ejemplo del país, el único hospital que ha sido diseñado para atender pacientes con tuberculosis es el Hipólito Unanue, sus medidas sanitarias son tremendos, techos altos, para que exista bastante ventilación, pero después, Dos de Mayo, Loayza.

Dígame el Hospital Hipólito Unanue tiene años

Sí, pero es el único que se construyó que tiene ese enfoque. Y el otro problema que también ocurre es que, la mayoría de los diseñadores, ingenieros, arquitectos, muchos proyectos no han tenido la asesoría adecuada para que incorporen este "feedback", entonces parece de que siempre ha sido la crítica, los proyectos de inversión en salud, si pueden ver los ingenieros de pre-inversión, pero tienen que tener la asesoría, para que no descuiden santo treinta y nueve sanitario, por un tema sanitario, porque si no van a trabajar, siempre se va afectar, y después te sale más caro hacer, remodelaciones o reconstrucciones de algo que ya está hecho. Entonces, eso es tuberculosis, tienen dengue, tienes malaria, que requieren también condiciones adecuadas, puertas especiales, mallas, gasfiteros, y los hospitales no están preparados para responder a estas enfermedades.

¿Y las clínicas privadas tampoco?

Tampoco, no conozco ninguna clínica, por ejemplo, que tenga esas adecuaciones.

Pero me imagino que existen acciones que se están desarrollando para mejorar.

Claro, por ejemplo, París trabajó los centros de excelencia, entonces han creado infraestructura adecuada para todos sus pacientes, pero esos son pocos, ósea tienes en Dos de Mayo 2 salas, y Almenara o Rebagliati creo que está trabajando una adecuación de sus salas de operación, pero nada más. Ósea para lo que tienes es insuficiente.

He leído algunos reclamos que hacen los sindicatos, que las condiciones no son adecuadas.

Muchas veces tienen razón, tú cuando ves las emergencias, por ejemplo, tú no sabes quién tiene las condiciones óptimas, entonces el reto es alto, no tienes la ventilación adecuada, no tiene como orinar, lo único que tienes es el mandil, y hasta a veces no tienes la mascarilla adecuada, entonces como te enfrentas, va a generar disconfort, y va a generar brotes y contagios, todos los años, se contagian los médicos, yo estuve en Piura, no tenía las condiciones adecuadas, no solamente en el periodo, sino probablemente la comunidad, pero el hospital debería ser el ejemplo.

En cuanto al tema de capacitación, formación y desarrollo de los trabajadores asistenciales, ¿Qué tanto se ha avanzado y que tanto cree que debería fortalecerse?

La capacitación es clave, por varios motivos, porque tu principal elemento de cambio es el trabajador, lógicamente que una política de Recursos Humanos también es clave, el

reclutamiento, de cómo reclutas, porque tienes que reclutar gente que esté dispuesta a cambiar, esté dispuesta a aprender. Muchas veces hay gente que solamente se dedica para aprovecharse del Estado, va entrar porque bueno, lo único que le queda, vive frustrado toda su vida, entonces este tipo de gente, si lo reclutas significa que van a ser un lastre, pero si tienes gente adecuada, dentro de la política de formación de recursos humanos, servirá como un incentivo, porque quíerese una de las cosas del profesional de salud, que está asegurado que todavía se mantiene, es su afán por aprender, ósea la capacitación, los cursos, las becas es una forma muy efectiva, por lo menos en el sector salud, de incentivar el personal, si les das becas la gente se motiva y trabaja mejor.

Por otro lado, la salud es un proceso dinámico, que está en constante cambio, entonces tienes que capacitar permanentemente. Lo que yo aprendí, hace 10 años de terminología ya no me valen un 30 a 40 %, porque ya cambiaron los conceptos, entonces sino me actualizo al contacto con el paciente, no voy a poder enfrentarlo, entonces la política de promoción, de fortalecimiento de recursos humanos tiene que ser fuerte, él tiene que estar contextualizado, ósea muchas veces hay un sesgo en el desarrollo de las políticas, muchas veces las políticas de recursos humanos, lo diseñan no solamente los gestores y los gestores a veces tienen sus sesgos, entonces con todos defines y desarrollas una política de gestión de recursos humanos, lo que tú tienes que evaluar es la realidad, para esa realidad que necesitas, si por ejemplo mucho odiamos, norte mucho de ello, y mucho menor distinguir la cita, tendrás que capacitarlos, a ellos poco les serviría si los capacitas de repente en contribuciones, lógicamente tienes que darles las herramientas necesarias para su desarrollo, pero tienes que priorizar, dependiendo de cada realidad.

Sin embargo, hay algunos especialistas del tema, que señalan que deben estar orientados a los resultados, que busca la institución, si tenemos que capacitar al personal, estos deberían estar asociados a un tema de gestión por resultados. ¿Qué opina usted?

Claro, es que eso es lo lógico, ósea cual es el objetivo de una Institución pública, servir al público y a los resultados lo que quisieras del público, lo que les das, es ese resultado, entonces, por eso, la forma como tu capacitas a la gente, o los contenidos que les das, deben obedecer a lo que necesitan la gente con ceros. Por eso te digo, es la realidad la que define, la realidad local, la necesidad de tus asegurados, es la que define, lo que tú vas a capacitar a tu recurso humano. Porque, por ejemplo, para que los voy a capacitar en manejo de infección renal o infecciones urinarias, en una zona donde la gente se muere por diarrea, o en el caso de infecciones respiratorias, en el norte, es un problema serio, entonces son realidades diferentes, en cada plan de capacitación, debe estar orientada al resultado.

La siguiente sección es relacionada al impacto social, que en este caso Essalud, debería contribuir en el aspecto del tema social. ¿Qué tanto cree usted que la Institución debe desarrollar acciones en beneficio de la comunidad? a pesar de que no es su población objetivo, que es el asegurado.

Ya pero, cualquier intervención en salud, no se hace a una sola persona, cuando tú haces bien tu trabajo, cuando tu recuperas la salud de una persona, no solo le beneficias a ella, le beneficias a su familia, a su comunidad, es más, solamente con la prestación tu puedes tener un impacto fuerte en la sociedad, haciéndole un buen trabajo, los trabajadores ayudas de sobremanera a la sociedad porque estas protegiendo a su capital social, que es el que mueve todos los circuitos económicos, manteniendo sano a sus trabajadores, si tú mantienes sano, mantienes en 100% productivo, el impacto que tienes es alto. Ahora, también puedes desplegar actividades, con alta externalidad, educación, la educación para la salud, es una intervención con mucha externalidad con futuro, desarrollas una actividad educativa que se replica, cuando tu transmites conocimiento, es difícil que el conocimiento se quede en una sola persona, esto va de persona en persona, entre eso va a tener un efecto en cascada mayor, entonces hay intervenciones que puede escarbar y pueden generar mucho impacto social, va a beneficiar a la población, el simple hecho que tu salgas en un spot y digas que tiene que limitarse de tal manera, tiene un efecto social alto.

¿Pero es así la percepción de la comunidad, respecto de Essalud?

Es que eso expresa una percepción, una cosa es una percepción y otra cosa es el resultado, ¿tu trabajo va por lo de la percepción de la comunidad o por el resultado? Tu objetivo no es

tener una buena percepción, eso es un tema válido, que lo vas a lograr si logras empatía con las personas.

Ósea digamos que, en esta etapa, no existe todavía una percepción y que eso va a ser producto de todo el desarrollo, en el pacto que se va generar, y que como consecuencia va a traer que la gente tenga una buena idea.

Claro de este trabajo, no entiendo lo que antes escuche, es un efecto colateral.

¿Pero todavía no se ha hecho ese trabajo?

Este tema como te decía, es más enfocado en cuanto produzco como Institución, produzco 100, tengo que producir 300, pero hay otras personas que están siendo atendidos, todo objetivo es sanar a 50 personas.

¿Los premios y felicitaciones que tiene Essalud, de alguna manera refleja en la comunidad y en los diferentes estamentos de la sociedad?

Claro, por ejemplo, los premios de Essalud, casi todos ellos han sido por programas orientados a la persona, reforma de vida, el pago de lactancia, etc., eso es lo que valora la sociedad, si te hace bien tu trabajo como persona, vas a tener, es una consecuencia natural.

¿Cree que la institución está trabajando respecto a este indicador, que trata de dar evidencia hasta qué punto estamos avanzando? ¿Cuánto cree que se ha hecho, es suficiente o debería darse bastante énfasis en esto?

Algo se ha hecho, ósea hay actividades que están desplegadas, reforma de vida, las solicitudes corporativas tienen como código principal de acción a la persona, pero el 90% de lo que le falta a Essalud, está pensado en el otro. Un buen porcentaje está orientado a la persona, no todo en la práctica, principal ya sea como hospitales, sigues pensando, los partes médicos, cuando debería ser al revés, lo principal es como tienes a tus servicios que están más cerca de la gente, fortalécelos para que el contacto sea rápido, sea eficiente, desea involucrar una buena atención del primer nivel.

La última parte de la entrevista está relacionada con indicadores de resultados clave, que indicador podría ayudar a sintetizar, digamos a donde debemos orientar, que este indicador nos permita saber que estamos yendo en un camino correcto.

La calidad gira en el pésimo, porque en salud no hay indicadores que te resuelvan, por ejemplo, un indicador que se usa mucho para la evaluación de la salud, es la calidad de vida, es un indicador bastante usado porque mide no solamente el efecto de las intervenciones directas que haces, sino también las indirectas.

¿Está hablando de la AVISA?

No, de calidad de vida, es otro indicador, el AVISA se orienta como un indicador que mide el daño, pero no te mide el impacto positivo que has tenido. En cambio, la calidad de vida te mide el impacto positivo que hay en el paciente.

Y este indicador de calidad de vida, ¿Se ha podido construir en Essalud?

No.

¿En algunas otras realidades?

Existen aplicaciones en Chile, viene usándose alrededor de 4 a 5 años, el otro se viene usando como 20 años, para evaluar el sistema sanitario.

¿Y qué es lo que hace complicado para implementar ese indicador?

El problema que lo hace complicado, es que puedes obtenerlo con estudios poblacionales, así como la Encuesta ENSSA de Essalud (*), allí podrías operar, tener una oportunidad. Lo otro que se puede utilizar son las encuestas nacionales, para evaluar. No es difícil, es relativamente simple, pero si necesita un despliegue así de ese tipo.

Digamos que la Gerencia de Gestión de Información de Essalud ¿Podría quizás abocarse a eso?

Claro, podría ser, es un indicador bastante robusto, bastante aceptado por los investigadores y expertos.

¿Ese indicador de productividad asistencial prácticamente no es tan útil para nuestra Institución?

Los indicadores de producción son buenos, pero lo que te mide es producción y la eficiencia, pero no te mide la efectividad, ni la calidad. Ese es el problema, se puede ser una persona eficiente, pero puedes estar afectando la calidad y la efectividad. Vas a tener una bola de nieve, que se va haciendo cada vez mayor, hasta que tu sistema colapse.

¿Entonces el tema de los indicadores de calidad, realmente es algo relativamente nuevo?

Claro, para nuestras realidades todavía es nuevo, desde la década del 90 ha pasado poco tiempo.

En cuanto a los indicadores relacionados con el costo unitario de los productos asistenciales, que tan importante son y cuanto pueden ayudar a la gestión de la calidad.

Mira lo que pasa es que los costos unitarios, más que en calidad, lo que resuelve es más para solventar problemas económicos y sostenibilidad económica financiera, Essalud es una Institución que sobrevive gracias a sus aportes y gracias a la mancomunación de fondos, tenemos que lograr que esa mancomunación sea altamente eficiente, para que logremos utilidad, si tiene que usarlo, pero no para evaluar calidad, sino para evaluar el otro enfoque.

¿Qué tan sostenible es el modelo?

Claro, si lo puedes implementar o no, y si lo vas a implementar, ¿para qué?, si vas a incorporar un nuevo tipo de atención, estás teniendo o no estás teniendo, por ejemplo, todos quisiéramos que a todos nos hagan trasplante hepático, pero cuanto me gasto en un trasplante hepático, 5 millones de soles por persona, con este monto mejor vacuno niños, se tiene que sopesar la efectividad de la intervención, porque en salud, más que todo cuando ves el sistema financiero, lo que tienes que ver lo que prima es el beneficio del número de personas, es como la paradoja de la mama y sus hijos, a veces tienes que sacrificar un hijo, para que todos estén bien.

¿Esa forma de decidir es válida?

Claro, son tres cosas, podrías, lo ideal es que nadie quede fuera, es lo ideal, pero, no se puede en la realidad.

Si hablamos de rentabilidad económica en la Institución, consideras que el modelo que seguimos, basados en aportes de la Seguridad Social, se podrá mantener eso por muchos años.

Eso va a depender mucho del envejecimiento de la población, de la carga del daño que se tenga.

Pero todas las tendencias indican que cada vez más la población envejece más.

El modelo, así como está, pareciera que fuera un modelo basado en lo industrial, teniendo enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, y si no las intervienes tempranamente, tendrás daños con alto costo, hacen que tu modelo sea inviable en el corto o mediano plazo. Por eso tiene que cambiar, tampoco como muchos economistas dicen no es solamente pensando en el asegurado, si no pensando en su energía, porque si no lo haces, no lo vas a hacer bien.

Cree que las autoridades políticas del más alto nivel, son conscientes de esa situación, porque ha habido países donde prácticamente el modelo ha sucumbido.

Claro, los últimos 20 años hubo un empuje fuerte de lo que es promoción, producción, defensa gremial. Ha habido discursos y de hecho ha habido iniciativas, pero solo iniciativas que han durado durante esa gestión, no ha habido políticas sostenidas, han existido solo programas...

No han logrado el impacto que se espera

Bueno ellos han logrado el impacto, pero lo que no han logrado es que sean masivos.

Para algunas poblaciones

Claro, por ejemplo, el programa de reforma de vida, me ha parecido interesantísimo, interviene este que te den pan, pero el tema es que este programa "es un programita", menos que un

servicio. Entonces todos los servicios no fingen así, es más, el gran problema que tienes es que la educación médica está medicalizada, un médico solo puede usar resultados, no puedes medicar, por ejemplo, conversar, así como lo estamos haciendo, es perder tiempo, es esperar muchas horas, por ganar más.

Bueno prefiere una cuestión más de rentabilidad.

Claro, todo ese tiempo que ocupa en una persona, gana más, por eso el sistema productivo es pernicioso, incentiva a hacer actividades, ósea le estás pagando por lo que más produce, te genera más.

Doctor para terminar la entrevista, no sé si usted dentro del conocimiento que maneja, podría agregar algo que sea importante para la gestión de la calidad, algo que crea que pueda ser trascendental, determinante, para que la Institución mejore sus indicadores de calidad y mejore en general, y redunde en la satisfacción de los pacientes que son atendidos.

Creo que la Institución tiene que desarrollar estrategias en dos frentes, tiene que generarse una política de incentivos para el personal, que sea interesante y que pueda salir en base a instituciones educativas, pero también tendría que generar una estructura fuerte de supervisión, para un mayor control de los resultados, más que de la producción. Eso es importante, porque si no controlas como se llega a resultados y el paciente dice que se recuperó, puedes tener grandes cantidades de producción, pero con un resultado nada bueno, que al final no termina en nada en reducir las enfermedades.

Pero en todo caso allí, tenemos que reorientar la forma de capturar la información.

Claro la forma de cómo capturas la información, la forma de cómo la analizas y la supervisas.

En América Latina, un país que podemos tomar como referencia bajo el modelo que usted considere.

Bueno casi todos los países han mejorado, creo que Perú es uno de los países que no ha seguido el mismo ritmo de los demás. Por ejemplo, Bolivia ha mejorado, Colombia ha mejorado, Venezuela si está en problemas, Colombia también tuvo una debacle, pero ahora está mejorando un poco. Chile está bien, es interesante su modelo, pero yo diría más por el modelo uruguayo, no lo conozco mucho, no lo he estudiado, pero son interesantes sus indicadores de calidad de vida, ellos manejan varios de estos indicadores y el tema también es de que, quizás a diferencia de otros países, el nivel de vida es mucho más orientado al sistema educativo, es población culta, mucho énfasis en educación, al nivel de Costa Rica.

Ya para terminar, conversando con un doctor que tiene muchos años en la parte hospitalaria, señala que debería reducirse la organización en el manejo de las camas, porque cuando más camas tiene un hospital o un servicio, no es manejable.

Es cierto, tener una mole como el Hospital Rebagliati con 1,500 camas, es inmanejable para cualquier gestión, no es lo más adecuado, por ejemplo, Rebagliati además que te genera distorsiones fuertes, porque necesitas una carga de personal tal, y en esa tarea del personal tal, tú vas a encontrar, que solo un tercio trabaja. El resto es convidado de piedra. Como hay tanto personal, hay tantas cosas que ver, no puedes controlar, entonces tienen que tener los ejemplos de los peces, tiene 600 camas es lo máximo.

Muchas gracias Doctor por su conocimiento.

() La encuesta ENSSA fue realizada por ESSALUD el año 2015, fue un estudio en donde se recopiló información de alrededor de 25,000 viviendas de los asegurados de ESSALUD a nivel nacional en todo el Perú. Su preparación tomó alrededor de 6 meses, la cual fue realizada por Cuanto, contratada a través de concurso público, mientras que su desarrollo y resultados tomó otros 6 meses.*

Entrevista N° 4 (E04)

Perfil: Funcionaria normativa de la Gestión de Calidad Sanitaria

Ciudad: Lima

Buenas tardes Doctora, muchas gracias por recibirme para esta entrevista. Voy a formularle esta entrevista en función a nivel de cumplimiento de indicadores de Essalud según el Modelo EFQM. La primera pregunta sería ¿Para usted que tan importante es el indicador de quejas para la gestión de la calidad?

El indicador de quejas si es un indicador fundamental para verificar el tema de calidad, porque con este podemos comprobar lo que es satisfacción, podemos ver como un indicador directo el tema de satisfacción del usuario externo. Entonces podemos medir con ello, si podemos implementar medidas o procesos que aligeren o que mejoren la satisfacción del usuario. Actualmente en Essalud el tema de quejas es un tema muy poco gestionado y con los procesos muy lentos.

La Gerencia o esta Oficina de Calidad no lleva directamente el tema de quejas, puesto que lo ve netamente la Gerencia de Atención del Asegurado, igual compartimos con ellos la información, o la consolidación de los resultados. Y cuando tenemos en algunas oportunidades reuniones con la Gerencia de Atención al Asegurado, siempre ellos recalcan que el nivel de satisfacción está muy unido el tema de quejas en el usuario, y obviamente todas tienen que ver mucho con el tema de calidad en la atención.

De acuerdo con los últimos resultados sobre las tres primeras causas de quejas que nos compartieron, tenemos: La primera causa de las quejas tiene que ver, con que los pacientes no llegan a tener una atención médica, la segunda que los pacientes no alcanzan a tener una atención oportuna o que ya difiere mucho de lo que ellos querían encontrar en su momento. Mientras que la tercera está asociada con los temas de mala calidad en la atención con el paciente.

Tengo entendido de que esa función de la gestión de las quejas de los reclamos ha sido ahorita reorientada para ustedes.

No, el tema de quejas en un tiempo en el 2013, estuvimos nosotros siendo parte de lo que es la Gerencia de Atención al Asegurado, a partir de ese año nosotros ya nos desplegamos, ya fuimos una oficina más autónoma, porque se formó la Oficina de Gestión de la Calidad.

¿De alguna manera están articuladas ambas?

Actualmente compartimos desde el 2016, nuestra Oficina le ha devuelto una función que antes la llevábamos, que era medir la satisfacción del usuario externo, antes nosotros mediamos la satisfacción, pero era una medición como juez y parte, porque nosotros creábamos el proceso, ni siquiera teníamos estandarizados como iba a hacer la medida, lo mediamos bajo el MINSa, bajo la encuesta de Servqual y hasta el 2016 incluso vimos en un momento el tema de Servqual modificado, que era normatividad del 2015, pero no fue estandarizado, porque si bien se dijo que se implemente el resultado para el indicador, algunos hospitales manejaban unas encuestas que ellos creían que iban a ser mejores para su Institución.

Era presumible que la información era manipulable. ¿Digamos que por eso se planteaba la idea de hacerlo de una manera más independiente?

Si manipulable, correcto y aparte que la encuesta de Servqual es una encuesta muy gruesa, bastante detallada que se divide en dos partes, en percepción y otra subjetiva tiene como cuarenta preguntas, y es muy extensa y realmente no genera lo que realmente quisiéramos, una respuesta que pueda ser gestionable.

Ósea digamos si considero Servqual como un instrumento para recoger información ¿No sería lo idóneo?

No sería lo idóneo porque para poder gestionar con el tema de satisfacción, dentro de la estructura de Servqual, no me identifica muy bien, por ejemplo, el servicio y la persona, como para no entrar con un dedo acusador, no me permite ver en qué proceso de toda la gestión se cayó la satisfacción.

Y digamos si al Servqual le podría incluir, además que sea medida por un independiente, ¿Esa información podría servir?

Correcto por una Institución externa y no por nosotros mismos, y segundo actualmente dentro de las bibliografías, siempre se pide al final unas preguntas claves, que recomendaría sobre los servicios que te prestó la Institución, y todavía Servqual, no lo tiene consignado dentro de la estructura de sus preguntas, y esas son preguntas claves, que determinan que puedas querer o no querer de esos servicios, que después lleve incluso a que otras personas también quieran esos servicios, entonces esas preguntas no están. El Servqual te ayuda o te da un bosquejo de cómo hacer un tema de encuesta para satisfacción, pero creo que actualmente hay herramientas más precisas.

¿Cómo cuál por ejemplo?

La manejan empresas externas privadas como Aptitud, ahorita no recuerdo más, pero son empresas que ya ven el tema de satisfacción dirigido a salud, entonces ahora ese tema ya lo hemos desligado porque nosotros no podíamos manejar el proceso y también gestionar el resultado, entonces ahora ya lo hemos dividido con la Gerencia de Atención al Asegurado, donde ellos van a implementar un proceso, como te digo con una consultoría externa, que es lo ideal, y se van a determinar según lo que queremos, los Términos de Referencia y todos los requisitos, que queremos implementar, junto con la Gerencia de Calidad y lo que vamos hacer, de ese resultado crear mejoramiento continuo, ver si hay procesos críticos que se puedan mejorar y de ahí construir esos procesos o volver a crearlos.

Mencionaba doctora que era muy limitado la gestión de las quejas, que no se había desarrollado, en todo caso, ¿Qué es lo que faltaría o que debería realizarse para mejorar toda esa gestión?

Bueno, justo por el tema que estuvimos trabajando con la Gerencia de Planeamiento, tuve la oportunidad de ver un poco más de indicadores, que no solo sean de la Oficina de Calidad, entonces uno de esos datos está la efectividad del tiempo de resolución de las quejas. Entonces, si me preguntas cuál sería algunas medidas para poder ayudar a este proceso de las quejas, sería la disminución del tiempo de resolver la queja, pero no solamente eso, sino también hacer efectiva la respuesta de esa queja.

Por ejemplo, te explique que la mayor insatisfacción de las quejas, en su prioridad, era que los pacientes no encontraban una cita para las diferentes especialidades, y de ahí ya surge miles de indicadores como el diferimiento, etc., entonces, se debería reestructurar los procesos del ingreso del paciente, verificar los tiempos y pueda determinar por ahí puntos críticos, que ayuden a disminuir, por lo menos, la percepción que tiene el paciente, si puede ingresar al hospital y si puede recibir una atención a tiempo cuando él lo necesite, ósea puedes encontrar una cita, pero no cuando el paciente lo necesita.

Claro, demora mucho tiempo contar con una cita.

Demora demasiado tiempo, si quisiéramos implementar un buen proceso, tendríamos que basarnos en las tres primeras causas, que surgen las quejas, como ya habíamos conversado.

Implementar acciones que tengan que resolver esas tres causas.

Correcto, esas tres causas, tal vez yo no tenga la respuesta, de cuáles serían los mejores procesos por resolver, pero lo que sí debemos incidir, es fortalecer los primeros niveles de atención, para descongestionar el tercer nivel, aumentando la expectativa o las especialidades en los primeros niveles, y creando carteras de servicios bien diferenciadas, donde los primeros niveles ayuden a descongestionar el tercer nivel y reordenar el tema de las consultas en los niveles de complejidad como realmente deberían ser. Hemos recabado información de varias Gerencias, llegamos a una conclusión de invertir en el triángulo del primer nivel, de lo que es el nivel de complejidad. Donde el mayor nivel presupuestal, a nivel de estructura y financiamiento se hace en el tercer nivel, pero deberíamos invertir más en el primer nivel de atención, ahora esta nueva gestión también tiene la misma filosofía, y no solo hablo de gestión a nivel de Essalud, sino que también a nivel Nacional como política de salud, invertir ese triángulo y fortalecer más lo que es primer nivel, obviamente orientando a las especialidades, sobre esa cartera de servicios.

Además de lo que menciona ¿Qué otro aspecto podría ser útil, para buscar la satisfacción del asegurado? o ¿Qué Indicador podría tal vez acercarse a resolver o a que el paciente se sienta satisfecho? Porque para complementar la pregunta a nivel asistencial nosotros interactuamos con el paciente y a nivel Institucional administrativamente, interactuamos con el asegurado, entonces, quizás tenga dos enfoques, pero en el tema del paciente, ¿Qué otra cosa podríamos hacer, considerar, medirse o mejorarse?

Cuando hacíamos las capacitaciones con la Gerencia de Acreditación, en la acreditación de los hospitales se busca aplicar estándares de calidad dentro de los procesos de atención, creando un mejoramiento continuo en el tiempo. Entonces dentro de esto habíamos visto que en las atenciones del paciente, no se determina solamente en la prestación de salud, porque no es la primera entrada, tiene que ver también el tema administrativo, incluso la primera entrada es la cara, y la seguridad determina que el paciente pueda ingresar con un acompañante o dependiendo de la patología que tenga.

También he notado en el sistema público de Essalud que las oficinas administrativas y asistenciales se dividen, hay un límite invisible, que dice no poder hablar administrativo ni asistencial, sin embargo, cuando hacemos el proceso del paciente trazador, y vemos el seguimiento del paciente, determinamos que ellos se dirigen por todas esas áreas y el tema de que nosotros como áreas trabajemos de manera aislada, o como islas, hacen que esos procesos, generen insatisfacción en el paciente, y cuestione porque tiene que hacer triple o cuádruple veces la misma función.

El sistema de trámite documentario también determina la insatisfacción del paciente y no solamente lo vemos en el tema de prestación de salud, porque como Seguro Social nosotros englobamos tres grandes grupos, el de salud, el social y el otro que es financiero, que tiene que ver mucho con los seguros de las IAFAS.

Entonces, las veces que revisamos las discapacidades o el reembolso tenemos retrasos, debido al sistema administrativo tan lento y caótico que existe, que influye sobre la insatisfacción del paciente, porque no contempla la obtención de documentos y respuesta en su momento adecuado. Entonces, tenemos dos procesos lentos y divididos, el sistema administrativo y el sistema asistencial, cada uno trabajando como una isla, el sistema documentario que tenemos es muy precario, que no determina una respuesta en el momento que lo requiere el asegurado, entonces encontramos dos temas de insatisfacción muy claves y que al final se unen y dan un solo resultado.

Y si hablamos de priorización ¿Con cuál de los dos tendrías que empezar primero?

Es difícil decidir, porque una tiene que ver con el otro.

De alguna manera tendrías que abordar ambos...

Sí, porque es como preguntarse ¿quién es primero el huevo o la gallina?

En relación al tema de personal asistencial o administrativo, se tiene alguna medición de ¿Cómo se viene motivando a los trabajadores asistenciales o administrativos?

Mira con respecto a eso, también en un momento estuvimos tomando un indicador, que lo veía la Gerencia de Gestión de las Personas que era el tema de desempeño y nosotros tenemos solamente un informe de desempeño, el último del 2009. En Essalud y todas las entidades públicas tienen un fuerte control sindical, entonces, cuando evalúas el desempeño en una entidad privada, es básico, ósea la medida del desempeño no sirve como un dedo acusador, sino que sirve para replantear a la empresa, analizando que debe estimular a su operador o trabajador, para poder aumentar su productividad.

En Essalud y en las entidades públicas, no debe verse la evaluación del desempeño como una acusación a los trabajadores, para tener un fundamento y sacarlo del puesto laboral. Entonces cuando la Institución recaba información y pregunta ¿Por qué no se hizo después del 2009 cuando se implementó dicha norma?, entonces, al revisar el informe del estudio, encontramos que es un estudio muy vago, en donde decía solamente lo que se hizo en la parte administrativa, en la Gerencia de Personal de la Sede Central, no fue un estudio transversal, que pudiera revisar la parte administrativa y asistencial.

Podemos decir que el estudio fue bastante vago, que no especificaba la satisfacción laboral, señalaba que alrededor del 60% estaba satisfecho y un 40% no lo estaba, estas cifras no te ayudan mucho para identificar el lugar, o no explicaba porque no estaba satisfecho y tampoco porqué si estaba satisfecho, y que era lo que le faltaba. Había unas preguntas, que, si estabas contento, si eras estimulado por tu jefe, en realidad creo que eran unas preguntas positivas más por miedo que por convicción, a pesar de que supongo debe haber sido respuestas anónimas. Solamente noté esas salvedades, pero no era algo enriquecedor, ahora pues entiendo que el tema de desempeño laboral, que lo ve también consultoría y la parte privada, creo que está un poco más arraigada, tiene un poco más de complemento.

Entonces actualmente la evaluación del desempeño laboral, la Gerencia lo tiene como un proyecto, tal vez no para este año, pero si lo tiene identificado y están empezando a hacer el análisis con una consultoría, que les desplieguen opciones que puedan determinar cuál es la primera opción, pero hasta ahora no se tiene un buen método.

No ha tenido ocasión de revisar los resultados de la encuesta que realizó SUSALUD sobre la motivación de los trabajadores.

No lo he revisado, pero solamente si la satisfacción de los usuarios de consultorio externo de SUSALUD para Essalud.

Pero también hay para los trabajadores del 2015 y 2016, si no me equivoco.

Sí, porque ya salió del 2016, junto con la del consultorio externo como interno.

En cuanto a las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo, en el tema de la parte asistencial, ¿Hay alguna identificación, alguna medición de esos temas?

Nosotros tenemos unas oficinas que son de Salud Ocupacional sino me equivoco que es el CEPRIT ellos determinan los riesgos y que está bajo la Gerencia de Prestaciones de Salud que determinan los riesgos para el trabajador, pero esta también dirigido para trabajadores que tienen en el campo administrativo te hablo, trabajadores que tienen mayor contacto con ambientes tóxicos, nosotros por ejemplo como trabajadores administrativos, como no tenemos un ambiente tóxico pero si por el tema de la postura, etc., tenemos otro tipo de patologías que si podríamos, no está muy percibido en el tema administrativo, ósea en el tema de estar sentados tantas horas, correcto el tema de los lumbagos, el tema de algunos problemas visuales por el tema de estar todo el día en la computadora, el sedentarismo y todas esas cosas que acarrear las enfermedades pero en el tema asistencial entiendo que está determinado por vigilancia epidemiológica que también ve el tema, porque son infecciones como el TBC. También está dentro de lo que es Infecciones intrahospitalaria pero no lo he visto, el tema de vigilancia Tecnológica es un tema muy pasivo que todavía no se interacciona muy bien, se ha vuelto muy pasivo

En cuanto a las competencias de los trabajadores tanto asistenciales como administrativas ¿Qué debemos hacer para que mejore la calidad, que contribuya a mejorar la calidad en cuanto a la competencia?

Estamos haciendo un proyecto del tema de la Acreditación Internacional para el INCOR en diciembre del 2016, se realizó un auto evaluación, en ella verificamos todos los estándares y los elementos medibles que correspondía a la quinta edición del Join Commission, que es donde nos permite evaluarnos en la gestión de Recursos Humanos. Hemos evaluado a nuestro colaborador en la parte asistencial o en la parte administrativa, el tema en gestión de Recursos Humanos no se ha implementado.

Cuando vemos el tema de Seguridad del Paciente, están respaldados por muchos comités, se han implementado veintiocho (28) comités que se despliegan en Comité de Seguridad de Paciente, en Comité de Riesgo, en Comité de algún Programa, de alguna estrategia de Sanitaria, algunos Hospitales Nacionales tienen problemas por el tema de personal, no hay capacidad para asumir los comités en los establecimientos, ellas siempre responden que tienen mucha carga laboral, los comités les quitan muchas horas administrativas. Las capacitaciones igual deben ser dirigidas a gente operativa debería estar orientada al resultado del asegurado. El Indicador solamente dice cuántas capacitaciones tuvo el trabajador, no tienen un indicador como para medir, habría mucho que trabajar con esos temas.

En relación al impacto social de Essalud sobre la comunidad ¿Cree que esto podría ayudar también a la Gestión de la Calidad, que sea promovido digamos acciones en beneficio de la comunidad?

El impacto social tiene mucho que ver con la satisfacción del usuario, hay una frase que dice: *“Puedes hacer bien unas cosas y nadie lo va a notar así hagas diez cosas, pero si una de ellas sale mal todo el mundo lo va a ver”*, ese es el impacto social. En el tema social tenemos los programas sociales del Adulto Mayor, los programas de Discapacidad, que dicho sea de paso creo que tenemos muy buenos resultados, pero que no se observan mucho, porque solamente emplea el 1% de todo lo que engloba Essalud, a veces lo bueno sale muy poco a flote.

¿Qué tan importante sería implementar por ejemplo el Premio a la Calidad?

Creo que sería muy importante, mira nosotros estamos promoviendo los concursos de calidad, con la semana de Calidad y buscamos otorgar premios a los proyectos de mejoras continua. Buscamos esos proyectos que sean sostenibles que después se puedan implementar y replicarlo en otras instituciones.

Entre los resultados claves siempre se está utilizando un indicador de productividad asistencial de los trabajadores ¿Considera que es adecuado ese indicador para medir la Gestión de la Calidad?

No, el indicador de productividad no te mide calidad.

Y hablando de costos existe forma de que se gestione los procesos basados en el paciente o sea que podamos contar con costos promedio por asegurado de lo que se gasta.

Se pierde mucho dinero cuando las actividades no están costeadas con el tarifario de costos. Si hacemos una cirugía laparoscópica y terminamos haciendo la convencional, porque no existen tarifas, todo esto aumenta la estancia hospitalaria.

Entrevista N° 5 (E05)

Perfil: Funcionario normativo en Essalud y funcionario en el Ministerio de Salud

Ciudad: Lima

Buenas Noches doctor, agradezco esta oportunidad de poder investigar el nivel de cumplimiento de los indicadores de resultados clave, según el Modelo EFQM. La primera pregunta que le haría Doctor ¿Usted considera que las Oficinas de Calidad deben medir y tener control del indicador de quejas y reclamaciones de los pacientes? ¿Qué tan aceptables, considera usted que sean los resultados de este Indicador?

El modelo de calidad debe sufrir un cambio total, no solamente en la forma como se concibe, sino como se estructura, porque el gran problema no solamente en la Seguridad Social, sino en el Ministerio de Salud, es que decimos calidad a esa unidad orgánica o servicio, pero nadie más ve calidad, a pesar que dentro de las funciones de todos los que están en la parte asistencial y en la parte administrativa, tiene que ver directamente con alguna situación relacionada.

Entonces debemos invertir más bien, en el tema de liderazgo de la calidad, porque las Oficinas de Calidad de la Seguridad Social y del Ministerio de Salud trabajan muy aisladas, a que me refiero con eso, cuando la Oficina de Calidad quiera trabajar con una Jefatura de Servicio o con una Jefatura de Departamento no puede hacerlo. En sí el verdadero trabajo de calidad se desarrolla con los Jefes de Servicio, los Jefes de Departamento y más bien la Oficina de Calidad debería ser más bien un ente de asesoramiento.

El otro gran problema que se presenta, es que la Oficina de Calidad no está articulada con las otras áreas, porque cuando Calidad dicen una cosa, las Jefaturas de los Servicio dicen no, están desentendidos en el tema. Creo que debe haber una percepción nueva, de quien es el responsable de la Calidad, y el responsable de calidad es el decisor del establecimiento, el decisor de la IPRESS, debe empezar por acá, no por la Oficina subordinada del que dirige la IPRESS. Este ejercicio de percepción equivocada, se percibe no solamente en la Seguridad Social, se percibe también en el Ministerio de Salud.

¿En el Ministerio de Salud existe forma de medir las quejas de los pacientes?

Claro, existen datos del tema de las quejas de los pacientes y más bien lo que nosotros queríamos hacer es crear un programa informático, para subir directamente las quejas, y que automáticamente esa queja o reclamo de ese servicio, persona o Unidad Productora de Salud (UPS), llegue directamente al Director. Cuando llega la queja a la Oficina de Calidad, esta se encarga de mitigar, pero al Director no está comprometido con los temas de calidad, creo que más del 80% de funcionarios hablamos de calidad, pero en la práctica no lo hacemos. Es más, dentro del modelo que vemos en la Seguridad Social, ésta tiene muchas cosas en común con el Ministerio de Salud. El MINSA acaba de hacer un Manual de Organización y Funciones (MOF), donde recién se acaban de acordar esta semana de calidad, pero si uno retrocede hace tres meses que sale su nuevo MOF, el control de calidad no existe, ¿cómo quedaron las Oficinas de Calidad a nivel de las Unidades Ejecutoras de Lima Metropolitana? han quedado en el aire.

¿Cuál es la concepción de calidad del Ministerio de Salud? El Ministerio de Salud hace una evaluación de calidad a nivel Nacional, cita a cada representante de la Oficina de Calidad, y cada uno hace una exposición. ¿Cómo es la exposición? Que hiciste en Calidad, que dice tu Plan Operativo Institucional (POI) en calidad, pero cuál es el principal error, tanto en este ejemplo como en la Seguridad Social, que cada uno hace su POI o su (Plan Operativo Anual (POA) de acuerdo a su capacidad resolutoria, de acuerdo a su percepción, de acuerdo a lo que piensa o a lo que quiere resolver, pero no existe un lineamiento político, que permita crear la política donde el lineamiento estratégico va a desarrollar exactamente los lineamientos sobre calidad y que todos hagan su POI o su POA en base a estos lineamientos, eso no existe en el Ministerio de Salud ni tampoco existe en la Seguridad Social.

Tengo entendido que en Essalud existe un Plan de Calidad, que se diseñó en el año 2016.

En la Seguridad Social, nunca he trabajado directamente en calidad, no tenía conocimiento que exista, pero he sido Director de cuatro hospitales y cuando estuve en la Gerencia de Control de

Prestaciones de Essalud, de alguna manera viajaba a ver la gestión de los Directores a nivel Nacional, pero no solamente validaba cinco normas, como se hace, me dedicaba a observar toda la gestión en trescientos sesenta grados, me reunía con todos los funcionarios y le daba una vuelta a toda la gestión, en una reunión que duraba cuatro, seis horas y ahí me daba cuenta que en realidad calidad estaba aislado, no estaba articulado y el peor problema de calidad no solamente en la Seguridad Social, sino en el Ministerio de Salud, es como surgen nuestras normas, nacen sin un pan bajo el brazo, salen lineamientos sobre calidad, pero no hay presupuesto, ni el modo de implementación, y cuando comienza a implementarse una política de cualquier Presidente Ejecutivo, ya viene nuevo y deja atrás lo que debió haberse resuelto, y eso debería nacer desde la Gerencia Central de Prestaciones, alineado a la Gerencia Central de Operaciones, donde las políticas públicas nacen para la Seguridad Social, pero deben nacer con un presupuesto que cubre el cien por ciento la implementación, solo de esa manera se puede tener éxito de otra manera no.

¿Qué hace la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud en el ámbito estratégico? hace una reunión, lca me presentó veinte actividades programadas en su POI y las cumplió al cien por ciento, bien, Huaraz cien por ciento, tú miras todo el Perú cumplió al cien por ciento, pero cuando preguntas ¿que han programado cada uno?, que cosa es lo que se mide, ¿que mide calidad? Elaboración del Plan Anual de Auditoria, todo el mundo hace un plan, por eso tiene cien puntos o veinte de nota. No debería medirse un plan, debe medirse la efectividad del plan, no debe medirse un Plan Anual de Auditoria Médica, porque todo el mundo hace un plan, por eso tienes veinte de nota. En todo caso, lo que debería medirse es el porcentaje de mejoramiento de la calidad del registro, dado que es grave este problema a nivel Nacional. En la Seguridad Social no pasamos del 45% y en el Ministerio de Salud no pasa del 35%, entonces estamos programando mal.

¿Entonces las actividades programadas no generan impacto?, eso lo que entiendo, impacto sobre el asegurado, sobre el paciente.

Hablamos de calidad de registro en las auditorías, he tenido las auditorias de la Seguridad Social al 100% con toda la data, entonces que pasa a todos les pongo de metas, por ejemplo, conformar un comité, que exista Resolución, que exista plan y el informe, pero no se observa la finalidad de tener un Comité, de programar horas, de tener un plan, de ejecutar un plan. El gran problema de la Seguridad Social sigue siendo el tema de liderazgo, sigue pasando la factura desde la gestión de la Presidencia Ejecutiva anterior, esa es mi percepción y mientras exista la Gerencia Central de Operaciones, ésta va a seguir viajando a nivel Nacional dando conclusiones y recomendaciones que hasta el día de hoy no se implementan.

En el caso del indicador de tiempo de respuesta de atención al paciente, que tan importante es para mejorar la calidad del servicio.

Creo que debemos de mejorar el tiempo de permanencia hospitalaria o en el establecimiento, porque dentro de la cadena del proceso para brindar la prestación de salud, debemos medir más bien el tiempo de permanencia. Porque el paciente puede estar tres horas, vengo a las cinco de la mañana, me dan mi cita y salí a las 8 y 8:15, me atienden casi veinte minutos, el médico excelente, satisfacción de usuario, si, pero no le curas al resto, no le curas que después se va a Farmacia, y no hay medicamento, se va a Laboratorio y no hay insumo, quizás no hay lecturas. Entonces cuando se le pregunta al paciente, que tal te atendió el médico, en la encuesta de satisfacción sale muy bien.

El otro principal error, en la Seguridad Social como en el MINSA, como un común denominador, las encuestas quienes la hacen, las propias instituciones, nosotros, o mis alumnos. Soy Jefe de Calidad, mando a mis alumnos, te hago una pregunta, ¿te van a dar un buen dato? Las encuestas deben ser netamente externas, pero hay muchas cosas que desarrollar.

Las encuestas que desarrollan en el Ministerio de Salud, toman como base al SERVQUAL.

El MINSA aprobó el SERVQUAL modificado, el cual es una herramienta que se utiliza nivel Nacional, no solo para medir satisfacción en el sector salud, sino en educación, y otros, pero son modificados. Me parece que es una herramienta que debe continuar aplicándose, pero el problema es la metodología de aplicación. Es un problema identificado en el sector salud.

¿Que tanto se ha avanzado en todo el sector salud, con los indicadores de transparencia de información al paciente?

Existe una política nacional referente al tema, que viene del gobierno anterior con bastante fuerza, sin embargo, los procesos internos de las áreas, entorpece el cumplimiento del mismo. Por ejemplo, si decimos que tenemos responder en cinco días, nunca se cumple en este periodo. Para empezar, cuando sale un documento, para un congresista, por lo menos te dan una semana, el documento entra a Presidencia Ejecutiva, baja en cascada hasta que llegue a una Subgerencia de Operaciones Norte, pasaron unos diez días más. Y cuando llega a dicha subgerencia, dicen solo tengo cinco días. Entonces debe acortarse, de alguna manera los procesos, para que sean mucho más cortos, sean mucho más dinámicos, allí la Seguridad Social, tiene mucho que trabajar todavía.

Quizás ahora el Ministerio de Salud pueda tener un poco de éxito, porque ahora desapareció las DISAS (Direcciones de Salud), desapareció el IGSS (Instituto de Gestión de Servicios de Salud), desaparecen las Redes de Salud, nacen las Redes Integradas, va a ver mucho personal afuera, pero lo que vemos, es que se han creado como cuatro IGSS o cuatro DISAS nada más, pero ya no en redes de salud, si uno se da cuenta, cada estructura tiene siete puestos funcionales, ya no tiene tanta gente como anteriormente. A nivel de Lima Metropolitana, el MINSA está cortando el proceso administrativo, para cualquier tipo de trámite que se pueda realizar, busca con esto disminuir la burocracia, disminuir puestos claves, colocar personas más competentes, esperemos que tenga éxito. En la Seguridad Social esto está mucho más largo que el MINSA, entendiendo que Essalud tiene mejores mecanismos de control.

En el caso de calidad relacionado a la dimensión del personal ¿Cómo considera que están los trabajadores del sector, tanto del Ministerio de Salud como de ESSALUD? ¿Qué tan motivados se encuentran para realizar el servicio a los pacientes?

Si hablamos netamente de calidad, yo creo que no hay una buena percepción hay un desgaste personal en todos los sectores por los bajos sueldos a nivel de Lima metropolitana, la mayoría que trabaja en el sector salud sobre todo los médicos tiene 1.6 por sus trabajos promedio, no trabajan seis horas ni ocho horas, están trabajando mínimo nueve horas en promedio eso es lo que se puede cuantificar porque la parte privada generalmente no se cuantifica, están en un promedio entre diez (10) y doce (12) horas de trabajo eso le agrega un desgaste bastante importante y hace que todas las estructuras que nacen sea del Piso Operativo, Piso Táctico, Piso Estratégico sean de alguna manera pequeñas Islas, uno de los más grandes problemas es la falta de articulación porque cuando estas islas crean de alguna forma demanda su proceso se hace más largo y administrativamente burocrático y terminan ya no hablando de Calidad y dicen que solo la Oficina de Calidad debe hablar de este tema y no se dan cuenta que en su ROF existe el tema de CALIDAD sobre todo en la parte Asistencial todos.

¿Qué tanto participan los trabajadores asistenciales y administrativos, dentro de las actividades que realiza la Dirección o los Gestores?

Depende muchos factores, depende del tiempo de liderazgo que tiene el decisor, dentro de las políticas de Recursos Humanos debería existir el poder medir como está el clima laboral y en la Seguridad Social esto lo hace los que tiene que ver con las empresas, la Seguridad Social tiene en cada departamento a nivel Nacional una Unidad Funcional que tiene que ver con salud laboral no recuerdo como se llama, deberíamos medir el clima organizacional debería ser por Recursos Humanos pero como no se mide el clima organizacional, porque a nadie le conviene que se mida, porque eso sería decir cómo está el gestor, porque mide muchas percepciones, mide el tema de liderazgo, el tema de buen trato, el tema de clima laboral, clima organizacional, mide el tema de capacitaciones tiene muchos factores y todo eso dice que el clima laboral está al 30%, al 40%, 50% o 60% y eso algo que no se trabaja a nivel nacional, muy pocos lo hacen, creo yo que lo hace al 1% a nivel nacional.

Los hospitales del sector ¿Qué tanto han avanzado en las condiciones de higiene en el trabajo?

A pesar de que hay una explosión nacional en el tema de avance los médicos muy rápidamente ahora terminan su SERUM, si tienes un diplomado te contratan y cada vez con sueldo más bajo, pero inicialmente los sueldos estaban muy buenos con alta demanda sin

embargo creo yo que todavía nos falta mucho porque en seguridad y salud de trabajo a pesar que tenemos una Gerencia de Línea dentro de la Gerencia Nacional de Prestaciones. No le da importancia a la competencia que pueda tener el gestor digamos, así es sigue siendo decisiones políticas.

¿Cuál es su percepción sobre los niveles de la capacitación, formación y desarrollo de los trabajadores asistenciales y administrativos?

Tuve en la seguridad Social catorce (14) años y sigue en lo mismo porque no hay que irnos muy lejos en una Gerencia quien decide que se hace es el decisor, en otra Gerencia es el Decisor, entonces en cada Red Asistencial el decisor dice quiero esto y es generalmente quien conforma el Equipo de Gestión, si se crearan lineamientos de política pública en capacitación como en Seguridad Social yo les dijera a todos esto necesita el país, programame capacitaciones en base a estos lineamientos, comenzaría de alguna forma a estandarizar a homogenizar, o haría una evaluación de clima laboral en cada Red Asistencial y así podría decir no lo que el decisor quiere, sino lo que la Red necesita y esas programaciones en base a la necesidad no se hace, se siguen haciendo por decisión del decisor o el conductor de esa unidad Sub Regional o Local.

En cuanto al tema del impacto social, que tan importante es para los asegurados o para los pacientes, el saber que Essalud brindan servicio a la comunidad o tienen Responsabilidad Social. ¿Qué tanto existe eso en el MINSA o en ESSALUD?

Lo que pasa es que el tema de Responsabilidad Social es un tema que debe tener presente cada funcionario sea de cualquier Institución. Quien lo ha desarrollada más es el Ministerio de Salud, porque ellos están más cerca de su comunidad, porque el Ministerio de Salud sale a buscar a su paciente, en un muy buen porcentaje a nivel nacional; salen a los barrios a hacer vacunación, salen a buscar a sus gestantes que no acuden a sus controles, eso no pasa en la Seguridad Social, la Seguridad Social espera al paciente y además tiene una sobre-población encima, entonces no tiene tiempo y no puede salir.

Si se tuviera que tomar una decisión yo diría que el Primer Nivel de atención cien (100 %) por ciento lo cubra el Ministerio de Salud, y el Segundo y Tercer Nivel de atención lo dejaría a la Seguridad Social, pero eso siempre y cuando exista un modelo único del SIS. De alguna forma lo están trabajando, el Sistema Único en Salud, pero el MINSA es experto en Primer Nivel, nadie le va a ganar, la Seguridad Social no le gana, jamás va a ser su competidor, pero en Segundo y Tercer Nivel nadie le gana a la Seguridad Social. Entonces si tengo dos sistemas que imparten de alguna forma las normas, a pesar que Essalud se regula por el MINSA, ha creado muchas políticas que no tiene el MINSA, ha regulado muchos términos, auditoría en enfermería, auditoría en odontología, esto no los tiene el MINSA, pero si la Seguridad Social, la creación de la Gerencia de Salud Ambiental, Seguridad y Salud del Trabajo, hay cosas que no tiene pero aun así la Seguridad Social lo ha regulado, entonces pienso que cada uno tiene que aprender del otro.

Anexo 4

Premios otorgados en reconocimiento de buenas prácticas e iniciativas que mejoran los servicios en Essalud, 2015 – 2017

Organizador	Premio	Nivel	Categoría	Ganador	Iniciativa	Fecha	Beneficio
Sociedad de Industrias	Gestión de Proyectos de Mejora	Nacional	Sector Público	Essalud - Red Asistencial Ancash	Reducción del diferimiento de citas y mejora de la calidad en los Laboratorios Integrados de la Red Asistencial Ancash	2017	Incremento de la productividad de los Laboratorios CORE de la Red respecto a las órdenes de laboratorio atendidas en 2.5 veces y respecto al análisis por hora del personal de laboratorio en 3.15 veces.
Ciudadanos al Día – CAD	Buenas Prácticas en Gestión Pública	Nacional	Educación – Sub Categoría de Educación Ciudadana	Essalud - Gerencia Central de Prestaciones de Salud	Programa Reforma de Vida "Sumak Kawsay".	2016	Lograr que más de 19,000 personas en riesgo, incorporen en su vida hábitos saludables.
Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS)	Buenas Prácticas de la AISS para las Américas	Internacional - 9 países	- Atención de la Salud	Essalud - INCOR	Mejora de la calidad de Atención de Enfermería a través de la implementación de un registro estandarizado en las Unidades de Cuidados Críticos Cardiovasculares del INCOR.	2016	Disponer de mas tiempo en el cuidado del paciente por parte de la atención de la enfermera, gracias a la estandarización de datos que influye en disminuir los minutos dedicados al registro.
Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS)	Buenas Prácticas de la AISS para las Américas	Internacional - 9 países	- Atención de la Salud	Essalud - Gerencia Central de Operaciones	Reducción del tiempo de espera de las cirugías con Plan Confianza	2016	Disminución del tiempo promedio de espera para que un paciente sea operado, de 432 días en el 2013 se redujo a 74 días en el 2015.
Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC) 2015	Premio de Creatividad Empresarial 2015	Nacional	Productos y servicios intermedios	Essalud - INCOR	Optimización de los resultados de la cirugía valvular cardíaca a través del uso de la ecocardiografía transesofágica intraoperatoria	2015	Reducción a cero de las intervenciones de pacientes por disfunciones valvulares, reducción de la estancia hospitalaria, con ahorro de más de 1 millón 351 mil soles.
Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC) 2015	Premio de Creatividad Empresarial 2015	Nacional	Servicio al Cliente	Essalud - INCOR	Mejora de la sobrevida y calidad del paciente con insuficiencia cardíaca avanzada mediante la implementación de un programa de trasplante cardíaco.	2015	Aumento de la tasa de sobrevida de pacientes trasplantados de 39% a 83%, con la reducción de la tasa de mortalidad y ahorro de más de 7 millones 323 mil soles.
Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC) 2015	Premio de Creatividad Empresarial 2015	Nacional	Salud e Higiene	Essalud - GCPS	Farmacias naturales con la distinción de innovar el empaque de los medicamentos elaborados con plantas medicinales.	2015	Las plantas medicinales se distribuyen gratuitamente en 15 establecimientos ubicados en los Centros y Unidades de Medicina Complementaria.
Ciudadanos al Día – CAD	Buenas Prácticas en Gestión Pública	Nacional	Transparencia y Acceso a la información	Essalud	Primera Audiencia Pública de rendición de cuentas en Salud – EsSalud "Hablemos en Confianza"	2014	Permitir a los ciudadanos y otros grupos de interés obtener información de la gestión y los resultados, para generar mayor transparencia y control social.



ESCUELA DE POSTGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Luis Alberto Núñez Lira, docente de la Escuela de Postgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado **“Evaluación de los resultados de gestión para la mejora de la calidad en las Oficinas de Gestión de la Calidad de Essalud, Lima, 2017”** del estudiante **Raúl Valdiviezo López**; y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud constato **15%** verificable en el reporte de originalidad del programa turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Lima, Mayo de 2018

Luis Alberto Núñez Lira

DNI: 08012101

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

Resumen de coincidencias

15%

1	www3.essalud.gob.pe B...	2%
2	www.inap.mx	1%
3	docplayer.es	1%
4	pt.scitbd.com	1%
5	Entregado a Univerda...	1%
6	documents.mx	1%
7	www.ilo.org	1%
8	cybertesis.unmsm.edu...	1%
9	www.scitbd.com	1%



Evaluación de los resultados de gestión para la mejora de la calidad en las Oficinas de Gestión de la Calidad de Essalud, Lima, 2017

Tesis para optar el grado académico de: Doctor en Gestión Pública y Gobernabilidad

Autor:
Mgtr. Raul Valdiviezo Lopez

Avisor:
Dr. Luis Alberto Niñez Lira

Sección:
Ciencias Empresariales

Línea de investigación:
Gestión de Modernización del Estado



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

VALDIVIEZO LOPEZ, RAÚL

D.N.I. : 07616194

Domicilio : Av. Las Palmeras 5469 - 2do piso Urb. Villa el Norte - Los Olivos

Teléfono : Fijo : 6236267 Móvil : 989975667

E-mail : raul.valdiviezo@gmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

[] Tesis de Pregrado

Facultad :

Escuela :

Carrera :

Título :

[X] Tesis de Posgrado

[] Maestría

[X] Doctorado

Grado : Doctor

Mención : Gestión Pública y Gobernabilidad

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

Valdiviezo López, Raúl

Título de la tesis:

Evaluación de los resultados de gestión para la mejora de la calidad en las oficinas de gestión de la calidad de Essalud, Lima, 2017

Año de publicación : 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

Form with checked box for electronic publication authorization

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

Firma : [Handwritten Signature]

Fecha : 08/08/18



ESCUELA DE POSGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

1299-18
Raul Valdivia

FORMATO DE SOLICITUD

SOLICITA:

VISTO BUENO PARA TESIS.
.....
.....

ESCUELA DE POSGRADO

RAUL VALDIVIA LÓPEZ con DNI N° 07616194
(Nombres y apellidos del solicitante) (Número de DNI)
domiciliado (a) en AV. LAS PALMIRAS 5469 ZONA PISO VERDE VILLA EL NORTE LOS OLIVOS
(Calle / Lote / Mz. / Urb. / Distrito / Provincia / Región)

ante Ud. con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que en mi condición de alumno de la promoción: 2015 II del programa: DOCTORADO EN
(Promoción) (Nombre del programa)
GESTIÓN PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD identificado con el código de matrícula N° 6000130036
(Código de alumno)

de la Escuela de Posgrado, recorro a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:

SOLICITAR EL VISTO BUENO DEL ANILADO DE LA TESIS PARA
CONTINUAR EL TRÁMITE RESPECTIVO



Por lo expuesto, agradeceré ordenar a quien corresponde se me atienda mi petición por ser de justicia.



Lima, 29 de AGOSTO de 2018

R. Valdivia
(Firma del solicitante)

Documentos que adjunto:

- a. COPIA RESOLUCIÓN SEPANM
- b. COPIA DICTAMEN SUSTANTACIÓN
- c. COPIA ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD
- d. COPIA PLANILLAS TERNITIN

Cualquier consulta por favor comunicarse conmigo al:

Teléfonos: 989975667
Email: raul.valdivia@univallejo.edu.pe