

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**

**FACULTAD DE GESTIÓN Y ALTA DIRECCIÓN**



**EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE  
MEDICINA GENERAL BASADO EN LA METODOLOGÍA  
SERVQUAL, APLICADO A LOS PACIENTES DE CONSULTA  
EXTERNA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL**

**JUAN PABLO II**

**Tesis para obtener el título profesional de Licenciado en Gestión presentada por:**

<b>OROZCO SOLIS, Sully</b>	<b>Gestión Empresarial</b>	<b>20083132</b>
<b>DE LA TORRE YUPANQUI, Roxana Paola</b>	<b>Gestión Empresarial</b>	<b>20101259</b>
<b>VEGA CAMARGO, Mercedes Rosa</b>	<b>Gestión Pública</b>	<b>20102408</b>

**Asesorados por: Mgtr. Alberto Moisés Ramón Fernández Bringas**

**Lima, 25 de noviembre de 2018**

La tesis

**EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE MEDICINA  
GENERAL BASADO EN LA METODOLOGÍA SERVQUAL, APLICADO A LOS  
PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL**

**JUAN PABLO II**

Ha sido aprobada

---

Mgtr. Jorge Eduardo Mendoza Woodman  
Presidente del Jurado

---

Mgtr. Alberto Moises Ramón Fernández Bringas  
Asesor de la tesis

---

Dr. Berlan Rodríguez Pérez  
Tercer jurado

A Dios y a mi familia, por su apoyo incondicional.

Roxana De La Torre

A mi madre por siempre darme ánimos cada vez que lo necesitaba, a toda mi familia por su apoyo constante. A mis compañeras de tesis, sin ellas nada de esto hubiera sido posible.

Finalmente, a Dios por darme la fuerza y coraje desde el primer momento.

Sully Orozco

A mi madre, por todo su apoyo durante este proceso. A mi padre y hermana, por despabilarme cuando estaba sofocada. A mi madrina Josefina, por su granito de arena. A mis compañeras de tesis por acompañarme en este largo camino.

Mercedes Vega



Agradecemos a nuestro asesor, Alberto Fernández, por guiarnos en todo este proceso, fue duro, pero lo logramos. A la profesora Arguedas, por su apoyo desinteresado. A los colaboradores del

CMI que nos dieron un espacio para conocer a profundidad la ardua labor que realizan. A la señora Camargo, por ser nuestro vínculo con el CMI. Al personal del CMI Juan Pablo II, por la disposición a contribuir con la mejora de la gestión de la salud en el Perú.



## TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	2
1. Planteamiento del problema.....	2
2. Formulación del problema .....	5
3. Objetivos .....	5
4. Justificación del estudio.....	5
5. Viabilidad y limitaciones .....	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	9
1. Calidad de los servicios en el contexto de salud .....	9
1.1 Evolución del concepto de calidad.....	9
1.2 Servicio .....	13
1.2.2. <i>Revisión de modelos de evaluación de calidad de los servicios</i> .....	15
1.2.3. <i>El carácter multidimensional de la calidad del servicio</i> .....	18
1.3 Modelo SERVQUAL: percepción, expectativas y dimensiones.....	20
1.3.1. <i>Paradigma de la desconfirmación</i> .....	20
1.3.2. <i>Percepción y expectativas</i> .....	21
1.3.3 <i>Dimensiones de la metodología SERVQUAL</i> .....	22
CAPÍTULO III: MARCO CONTEXTUAL.....	26
1. La atención primaria de salud .....	26
2. Modelo de atención integral de salud - MAIS .....	27
3. La calidad de atención al ciudadano en el sector público en el Perú.....	28
3.1 Medición de la calidad de atención en los servicios públicos: Indicadores de Gobernabilidad del Banco Mundial - Indicador de Efectividad Gubernamental .....	31
3.2 Medición de calidad de la salud en Perú.....	33
3.2.1 <i>Encuesta nacional de satisfacción del usuario en salud - Superintendencia             nacional de salud - SUSALUD</i> .....	33
3.2.2 <i>Mediciones SERVQUAL en el Perú</i> .....	34
a) <i>Caso hospital Apurímac, Perú</i> .....	35
b) <i>Caso hospital nacional Arzobispo Loayza, Perú</i> .....	35
c) <i>Caso hospital III Iquitos - 2016, Perú</i> .....	35
3.3. Los procesos del sector salud y stakeholders .....	36
4. Contexto actual del establecimiento de salud CMI Juan Pablo II .....	38
4.1. Misión .....	38

4.2. Visión.....	38
4.3. Características de un establecimiento de salud de categoría I4 .....	38
4.4. Perfil del paciente que se atiende en el CMI Juan Pablo II.....	40
4.5. FODA CMI Juan PABLO II .....	40
4.5.1. Fortalezas.....	40
4.5.2. Debilidades .....	40
4.5.3. Oportunidades.....	41
5. Servicio de medicina general .....	41
6. Problemas con la oferta del CMI Juan Pablo II .....	43
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	45
1. Objetivo de la investigación.....	45
2. Alcance de la investigación.....	45
3. Tipo de diseño metodológico .....	45
3.1 Enfoque de la Investigación.....	45
3.2 Estrategia general de la investigación.....	46
3.3 Horizonte temporal de la investigación .....	47
4. Delimitación de la población .....	47
4.1 Muestreo .....	48
4.1.1. Tamaño de la muestra.....	48
4.1.2. Selección de la muestra - Herramienta.....	49
5. Operacionalización de las variables .....	49
6. Herramientas de recolección de información.....	50
6.1 Encuesta SERVQUAL validada por el MINSA .....	50
6.1.1. Detalles de la encuesta SERVQUAL.....	50
6.2 Herramienta de análisis de datos.....	51
6.2.1. Herramientas diagrama IP .....	51
6.2.2. Categorización de la información cualitativa.....	52
6.2.3. Diagrama de pareto y Diagrama Ishikawa.....	52
CAPITULO V: ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y HALLAZGOS DE LA ENCUESTA .....	53
1. Resultados estadísticos de la encuesta SERVQUAL .....	53
1.1 Análisis de Fiabilidad .....	53
1.2 Análisis factorial .....	53
1.2.1 Linealidad .....	53
1.2.2 Normalidad .....	54

1.2.3 Multicolinealidad.....	58
1.3 Análisis Factorial Confirmatorio.....	58
1.4 Comparaciones de Medias .....	59
1.4.1 Prueba de Normalidad.....	60
1.4.2 Pruebas no paramétricas .....	60
1.5 Correlaciones .....	64
1.6 Resultados Extras.....	66
2. Perfil de la muestra del servicio de Medicina General del CMI Juan Pablo II .....	66
2.1 Información Sociodemográfica.....	66
2.2 Encuesta SERVQUAL a los pacientes de medicina general del CMI Juan Pablo II ..	67
2.2.1. Expectativas .....	67
2.2.2. Percepciones.....	68
2.3 Análisis de Brechas entre Percepciones y Expectativas del modelo SERVQUAL.....	69
CAPÍTULO VI: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ENCUESTA	
SERVQUAL Y DE LOS HALLAZGOS DE LAS ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD ... 77	
1. Priorización a través del diagrama IP.....	77
2. Ítems seleccionados en base al Diagrama IP.....	79
2.1 Diagrama de Pareto.....	80
2.2 Diagrama Ishikawa .....	81
2.2.1 Análisis de las dimensiones del Diagrama Ishikawa .....	85
2.2.2 Mano de obra.....	85
a) Causa nro. 1: Personal no capacitado.....	87
b) Causa nro. 2: Ausencia de personal fijo .....	89
c) Causa nro. 3: Personal no comprometido .....	90
d) Causa nro. 4: Personal desmotivado .....	92
e) Causa nro. 5: Incumplimiento de los horarios asignados de trabajo .....	93
2.3 Método De Trabajo .....	94
a) Causa nro. 1: Pérdidas de historias clínicas (HC).....	94
b) Causa nro. 2: Incumplimiento del protocolo de atención por parte del personal de Admisión.....	96
c) Causa nro. 3: La mala programación de horarios del personal del área de triaje ..	98
d) Causa no 4: Tiempo insuficiente en consulta médica .....	100
e) Causa no 5: Falta de 'socialización' del sistema de citas a la comunidad.....	100
CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES .....	
	103

REFERENCIAS.....	105
ANEXO A: Matriz de Consistencia de la Investigación.....	115
ANEXO B: Encuesta SERVQUAL modificada para consulta externa - MINSA.....	117
ANEXO C: Mapeo de actores entrevistados.....	120
ANEXO D: Mapa de procesos.....	121
ANEXO E: Flujograma del servicio de Medicina General CMI Juan Pablo II.....	122
ANEXO F: Fotografías del área de Admisión y Triaje.....	123
ANEXO G: Formato de convocatoria SERVIR (EN ARCHIVO DIGITAL).....	125



## LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Actores relacionado a sus expectativas y los productos que esperan .....	37
Tabla 2: Cantidad de colaboradores con la que cuenta el establecimiento.....	39
Tabla 3: Cartera de servicios del CMI Juan Pablo II.....	39
Tabla 4: Cantidad de ambientes físicos por especialidad del establecimiento .....	42
Tabla 5: Cantidades totales de atendidos y atenciones por grupo etario del establecimiento .....	43
Tabla 6: Estrategia de la investigación en base a seis fases .....	46
Tabla 7: Cálculo de la muestra .....	48
Tabla 8: Tasa de crecimiento de atendidos en Medicina General entre los años 2014-2017 .....	49
Tabla 9: Operacionalización de las variables .....	49
Tabla 10: Calificación de las expectativas y percepciones en base a la escala Likert.....	51
Tabla 11: Estadísticas de fiabilidad.....	53
Tabla 12: Medición por coeficiente de Asimetría y Curtosis.....	54
Tabla 13: Análisis de correlación – dimensión Expectativa.....	56
Tabla 14: Análisis de correlación – Dimensión Perspectivas.....	57
Tabla 15: Resultados de la prueba de KMO y Bartlett.....	58
Tabla 16: Matriz de componentes por dimensión .....	59
Tabla 17: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra .....	60
Tabla 18: Estadísticos descriptivos por percepciones y expectativas.....	61
Tabla 19: Rangos de Wilcoxon .....	61
Tabla 20: Rangos de Signos .....	61
Tabla 21: Estadísticos descriptivos .....	61
Tabla 22: Rango de Wilcoxon.....	62
Tabla 23: Rango de Signos.....	62
Tabla 24: Estadísticos Descriptivos de la comparación de medias .....	63
Tabla 25: Pruebas estadísticas de Rangos de Wilcoxon y Signos .....	64
Tabla 26: Correlación entre Dimensiones .....	65
Tabla 27: Correlaciones por sub-dimensiones .....	65
Tabla 28: Condición del encuestado .....	66
Tabla 29: Categorías del perfil de la muestra.....	66
Tabla 30: Información sociodemográfica 1.....	67
Tabla 31: Ítems con brechas más altas de nivel calidad percibida por dimensión .....	76
Tabla 32: Tabulación de los promedios de cada ítem de la Encuesta SERVQUAL Expectativa y Percepción.....	77
Tabla 33: Ítems priorizados en base al Diagrama IP .....	79
Tabla 34: Causas y sub-causas evidenciadas en base a las entrevistas - mano de obra.....	86
Tabla 35: Propuesta de Plan de capacitación Anual del CMI .....	87
Tabla 36: Cronograma de reuniones según actividad, periodo y responsable.....	91
Tabla 37: Modelo de reconocimiento en fechas estratégicas al personal del CMI.....	92
Tabla 38: Causas y sub-causas evidenciadas en base a las entrevistas - Método de Trabajo.....	93

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Determinantes de la calidad del servicio.....	20
Figura 2: Factores que influencia las expectativas del usuario del servicio .....	21
Figura 3: Correspondencia de las diez dimensiones iniciales a las cinco dimensiones actuales de la calidad del servicio.....	25
Figura 4: Proyección del índice de efectividad gubernamental para el año 2030 en Perú .....	31
Figura 5: Indicadores de gobernabilidad mundial, Perú comparado con el promedio de OCDE y de LAC, 2014.....	32
Figura 6: Porcentaje de pobreza según distritos pertenecientes a la Dirección de Red de Salud Juan Pablo II.....	43
Figura 7: Cinco principales problemas que presenta el establecimiento .....	44
Figura 8: Linealidad de las expectativas .....	53
Figura 9: Linealidad de las percepciones .....	54
Figura 10: Análisis gráfico de normalidad por expectativas .....	55
Figura 11: Análisis gráfico de normalidad por percepciones .....	55
Figura 12: Expectativas promedio por dimensión.....	68
Figura 13: Expectativa promedio por ítem.....	68
Figura 14: Percepciones promedio por dimensión .....	69
Figura 15: Percepción promedio por ítem.....	69
Figura 16: Brechas por Dimensión.....	70
Figura 17: Brecha de Dimensión Fiabilidad.....	70
Figura 18: Expectativa y Percepción de Dimensión Fiabilidad .....	71
Figura 19: Brecha de la Dimensión Capacidad de Respuesta .....	71
Figura 20: Expectativa y Percepción de la Dimensión Capacidad de Respuesta .....	72
Figura 21: Brecha de la Dimensión Seguridad.....	72
Figura 22: Expectativa y Percepción de la Dimensión.....	73
Figura 23: Brecha de la Dimensión Empatía.....	73
Figura 24: Expectativa y Percepción de la Dimensión Empatía.....	74
Figura 25: Brecha de la Dimensión Aspectos Tangibles.....	74
Figura 26: Expectativa y Percepción de la Dimensión.....	75
Figura 27: Diagrama IP para evaluar el servicio de medicina general .....	77
Figura 28: Diagrama de Pareto de los ítems priorizados.....	80
Figura 29: Diagrama de Ishikawa – Ítem 5 .....	81
Figura 30: Diagrama de Ishikawa – Ítem 22 .....	82
Figura 31: Diagrama de Ishikawa – Ítem 8 .....	83
Figura 32: Modelo relacional del clima organizacional y la calidad de los servicios públicos de salud .....	90
Figura 33: Circuito de las Historias Clínicas.....	94
Figura 34: Diagrama de flujo de atención en consulta externa .....	98

## LISTA DE ACRÓNIMOS

APS	Atención Primaria en Salud
ASIS	Análisis de Situación de Salud
CMI	Centro Materno Infantil
CTC	Control Total de la Calidad
DIGE	Dirección General de Estadística
DIRIS	Dirección de Redes Integrales de Salud
DIRIS LS	Dirección de Redes Integrales de Salud Lima Sur
DISA	Dirección de Salud
EFQM	European Foundation for Quality Management
ENSUSALUD	Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de Salud
ESSALUD	Seguro Social de Salud
FUA	Ficha Única de Atención
GpP	Gestión por Procesos
HIS	Health Information Systems
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IPRESS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
ISO	International Organization for Standardization
LAC	Latinoamérica y el Caribe
LOGR	Ley Orgánica de Gobiernos Regionales
LOM	Ley Orgánica de Municipalidades
MAIS	Modelos de Atención Integral de Salud
MINSA	Ministerio de Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCM	Presidencia de Consejo de Ministros
SERVPERF	Service Performance
SERVQUAL	Service of Quality
SGP	Secretaría de Gestión Pública
SIS	Sistema Integral de Salud
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UPSS	Unidades Productoras de Servicios de Salud

## RESUMEN EJECUTIVO

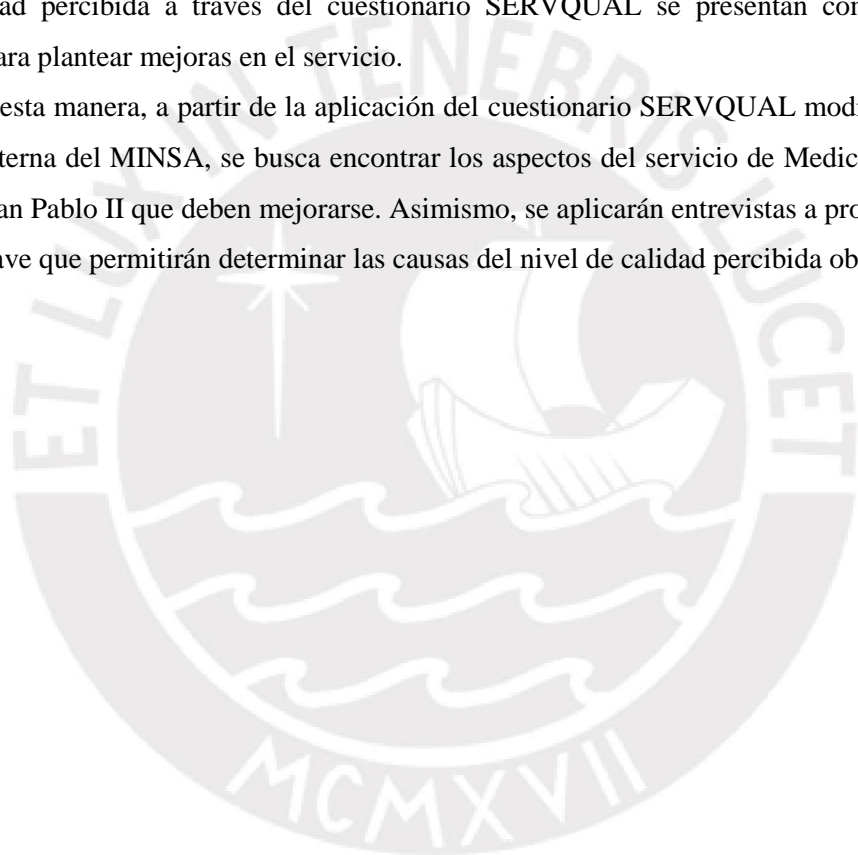
La presente investigación busca determinar el nivel de calidad percibida del servicio de Medicina General del establecimiento de salud de categoría I-4 CMI Juan Pablo II. Asimismo, busca determinar cuáles son los aspectos del servicio que deben mejorarse para ofrecer un servicio de calidad a los pacientes y cuáles son las posibles causas que expliquen las brechas de calidad obtenidas para luego, en base a este análisis de la información, poder plantear recomendaciones.

En primer lugar, se aplicó el cuestionario SERVQUAL en su versión modificada para consulta externa del MINSA. Luego de obtener las brechas de calidad percibida, se procedió a determinar los aspectos claves del servicio, mediante la aplicación del diagrama Importancia-Desempeño (IP). A través de esta, se determinó que los aspectos más prioritarios a resolver en el CMI Juan Pablo II son los siguientes: atención realizada según el horario del CMI, establecimiento cuenta con mecanismos para atender quejas y reclamos, atención en el área de admisión es rápida, farmacia cuenta con medicamentos que receta el médico, el tiempo de espera para ser atendido es corto. Posteriormente, se realizaron entrevistas a profundidad a personal clave de las áreas que interactúan en la prestación del servicio de Medicina General, con el objetivo de recopilar información sobre las posibles causas que expliquen los resultados prioritizados. En tercer lugar, se procedió a aplicar el diagrama de Pareto a los datos claves obtenidos de las entrevistas a profundidad con la finalidad de realizar un análisis de los problemas principales resultantes de esta etapa. Por último, se realizó un diagrama de causa y efecto de los tres principales problemas resultantes de la etapa anterior con el objetivo de analizar las causas más relevantes y repetitivas de este proceso. A su vez se plantearon recomendaciones viables para cada una de las causas encontradas.

## INTRODUCCIÓN

En el presente documento se busca determinar el nivel de calidad del servicio de Medicina General que brinda el CMI Juan Pablo II y conocer cuáles son las posibles causas que explican las brechas de calidad presentadas en el mismo. En el Perú, existe la problemática sobre la inadecuada prestación de servicios de salud del sector público, lo cual se refleja en la insatisfacción de los usuarios y en su inadecuada actitud hacia el uso de estos para la prevención de enfermedades. Ante esto, las mediciones de calidad percibida de los usuarios se plantean como esenciales para el proceso de mejora continua de las organizaciones, que son impulsadas por las entidades públicas competentes. Asimismo, en el sector público en Perú, las mediciones de la calidad percibida a través del cuestionario SERVQUAL se presentan como las más aplicadas para plantear mejoras en el servicio.

De esta manera, a partir de la aplicación del cuestionario SERVQUAL modificado para consulta externa del MINSA, se busca encontrar los aspectos del servicio de Medicina General del CMI Juan Pablo II que deben mejorarse. Asimismo, se aplicarán entrevistas a profundidad al personal clave que permitirán determinar las causas del nivel de calidad percibida obtenido.



# CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

## 1. Planteamiento del problema

La Constitución Política del Perú destaca como derecho fundamental del ciudadano el derecho a la salud, siendo este registrado en el art. 7. Siguiendo esta misma línea, el Tribunal Constitucional centra esto en la premisa “todas las personas tienen derecho a disfrutar de las condiciones y acceder a los servicios de salud, de forma equitativa y con la calidad adecuada” (León 2014, p. 400); por lo cual, un aspecto importante del derecho a la salud es la calidad del servicio prestado. Si bien el concepto de calidad no está determinado, este se puede complementar al concepto de Estado de derecho.

El Estado de derecho surge con la finalidad de “lograr una mejor protección de los derechos humanos [...] garantizar la participación de los ciudadanos, [...]” (Bustamante 2018, p. 22), lo cual asume que este nuevo enfoque del estado tiene un fuerte componente en las opiniones y expectativas de los ciudadanos, los cuales serán insumos para poder perfilar en base a lo que ellos esperan para su sociedad. En ese sentido, para poder ofrecer servicios que estén adaptados a las necesidades de los usuarios es necesario manejar herramientas que permitan recoger estas opiniones, expectativas y también posibles retroalimentaciones, los cuales optimicen los diferentes servicios que brinda el Estado, en especial el enfocado en la salud.

Actualmente, el Estado no está garantizando un correcto servicio de salud, y con ello no se está dando respuesta a las necesidades y derechos de los ciudadanos. Esto se manifiesta en las encuestas de satisfacción realizadas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2014a); el cual demuestra que entre las principales causas se encuentran la Demora en la atención y el Maltrato en la atención que representan más del 80% de los problemas. De la misma manera, los establecimientos del Ministerio de Salud ocupan el segundo puesto en presentar usuarios insatisfechos en consulta externa en la encuesta antes mencionada, siendo solo superados por ESSALUD.

El nivel de calidad de los servicios de salud no es el esperado por parte de los ciudadanos, conlleva un corte respecto a los que se ha venido desarrollando a través del Estado de derecho y se centra en la formación de ciudadanos que exigen mayores y mejores servicios de salud (Melgen & García 2017). En ese sentido, es necesario que el Estado refuerce los servicios de salud con la finalidad de contribuir con el nivel de calidad y que tengan un impacto directo en los usuarios.

Otro ejemplo claro de la baja calidad de los servicios se evidencia al encontrar un alto porcentaje de personas que, al presentar una dolencia, optan por no asistir a un centro médico, ya que poseen una mala percepción del servicio. Según la Encuesta Nacional de Hogares [ENAH], a diciembre del 2017, de cada 100 personas que presentan problemas de salud, 52 no acuden a ningún establecimiento de salud, 19 acudieron a una farmacia o botica y 16 consultaron en un establecimiento del Ministerio de Salud (INEI, 2018). Como se puede notar, existe una mayor proporción de personas que prefieren practicar la automedicación, antes que asistir a un establecimiento de salud.

Es por eso que la calidad de los servicios de salud debe considerarse y sustentarse en base a la participación del ciudadano, no solo para que las personas decidan asistir a un establecimiento de salud al presentar una dolencia, sino para que los pacientes tengan una percepción positiva del servicio y no desistan del tratamiento médico. En relación a esto, es necesario mencionar que, cuando un paciente desiste de continuar con el tratamiento brindado en un establecimiento de salud público provoca que su salud se afecte en el corto y largo plazo. La prescripción médica inicial pierde eficacia, debido a que el medicamento recetado no ocasiona el efecto deseado. Asimismo, cuando un paciente se automedica implica que no lleva un tratamiento adecuado para la enfermedad que padece y se conforma simplemente con dejar de sentir los síntomas, lo cual se plasma en la inmunidad ante el medicamento (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional [USAID], 2006). Por ello, con la mejora de la calidad de atención en los establecimientos de salud, se puede crear un ciclo que promueve que el paciente asista a dichos centros.

Las implicancias que surgen por una baja calidad del servicio, a largo plazo, pueden ser una problemática generalizada para el Estado en aspectos de presupuesto y gestión sanitaria. Por ello, se incurre en grandes gastos para brindar medicamentos más fuertes, asimismo si a esto se le suma la posibilidad de desabastecimiento de dicho medicamento, se puede generar una emergencia sanitaria.

Ante esto, el Ministerio de Salud ha desarrollado iniciativas con la finalidad de garantizar los derechos de los ciudadanos, en el marco de la Reforma del Estado, de esta manera, se ha planteado la política Nacional de Modernización de la Gestión Pública, que tiene un fuerte enfoque en la mejora continua de los procesos para potenciar la capacidad operativa de las entidades públicas (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional [USAID], 2013). Todo esto enfocado en mejorar la calidad de los servicios y así llegar a altos niveles de satisfacción, en base a las metas y compromisos del Estado con la sociedad.

Siguiendo esta misma línea, uno de los pilares de la presente política es mantener un Gobierno Abierto, lo cual brinda la posibilidad a los ciudadanos de tomar decisiones sobre los servicios que reciben, para eso se necesitan herramientas que permita recoger estas opiniones a fin de que se creen políticas públicas mejor delimitadas (Presidencia de Consejo de Ministros [PCM], 2017). Una de las herramientas que se han venido utilizando con este fin, especialmente en el sector salud, es la encuesta SERVQUAL, la cual ha sido validada por parte del MINSA. Esta permite recoger las percepciones y expectativas de los usuarios de un servicio, y los resultados de la misma permiten tener insumos para plantear mejoras.

Para el caso del presente estudio, esta encuesta se realizó en el Centro Materno Infantil [CMI] Juan Pablo II, debido a que es uno de los establecimientos del distrito de Villa el Salvador que presenta una serie de problemas en la atención. En un primer acercamiento se tuvo la oportunidad de entrevistar a un grupo de trabajadores del establecimiento de salud, los cuales mencionaron repetidamente una serie de factores que afectan la calidad del servicio ofertado: (1) diferentes cuellos de botellas en el proceso de atención, (2) baja motivación en el personal de salud que se transmite a través del maltrato que percibe el paciente, y (3) problemas en el abastecimiento de medicamentos. Asimismo, mencionaron que no cuentan con el recurso humano necesario para cubrir la demanda, a pesar de que es uno de los centros que tiene una mayor afluencia de pacientes.

Muchos de los problemas mencionados tienen un denominador común, el cual es muy importante, ya que una vez mapeado, permite darle solución a la mayoría de los problemas. Esto se ve sustentado en el principio de Pareto el cual indica que el 80% de los problemas se determina por el 20% de las causas. Asimismo, conocer las causas de una situación específica permite delimitar los lineamientos en los cuales el Estado peruano puede enfocar esfuerzos que luego se plasmarán en políticas públicas, las cuales se centran en dar soluciones a los problemas de la ciudadanía. Tal como lo menciona Pollitt (citado en Barboza, Caycho & Castilla, 2017) “las investigaciones científicas pueden contribuir con la implementación de una agenda destinada a definir e identificar los problemas de salud, sus determinantes y sus efectos a corto y largo plazo; seleccionar y analizar las intervenciones sociales que pueden solucionarlos, y evaluar los diversos resultados de las intervenciones, así como las recomendaciones de cambio” (2017, p. 2).

Considerando lo mencionado, las investigaciones sobre la evaluación de la calidad terminan siendo los pilares de la construcción en un sistema de servicios de salud enfocado en el usuario. Asimismo, el análisis de las causas en relación a la realidad de cada establecimiento

permitirá reforzar la capacidad resolutoria del mismo. En esta misma línea, las políticas públicas deberían ser planteadas en base a las evidencias presentadas a través de las herramientas de medición como el SERVQUAL. A esto se le agrega que este tipo de investigaciones alinean las motivaciones de dos grupos de interés: los investigadores y los políticos, pues los primeros son el sustento de la toma de decisiones de los segundos (Barboza, Caycho & Castilla, 2017).

## **2. Formulación del problema**

### **2.1. Problema general**

¿Cuál es el nivel actual de la calidad percibida y las posibles causas de las brechas halladas en relación al servicio de Medicina General en base a la metodología SERVQUAL, aplicada a los pacientes del Centro Materno Infantil [CMI] Juan Pablo II?

### **2.2. Problemas específicos**

- a) ¿Cuál es el nivel actual de la calidad percibida del servicio de Medicina General del CMI Juan Pablo II luego de aplicar la encuesta SERVQUAL a los pacientes?
- b) ¿Cuáles son los ítems de la encuesta SERVQUAL a priorizar en base a los resultados de la misma?
- c) ¿Cuáles son las posibles causas de los resultados obtenidos en el análisis de priorización previo usando herramientas de gestión?

## **3. Objetivos**

### **3.1. Objetivo general**

Medir el nivel actual de la calidad percibida y analizar las posibles causas de las brechas halladas en relación al servicio de Medicina General en base a la metodología SERVQUAL, aplicada a los pacientes de consulta externa en el Centro Materno Infantil Juan Pablo

### **3.2. Objetivos específicos**

- a) Medir el nivel de la calidad percibida del servicio de Medicina General del CMI Juan Pablo II empleando el cuestionario SERVQUAL modificado, aplicado a los pacientes.
- b) Priorizar los ítems de la encuesta SERVQUAL en base al Diagrama IP.
- c) Analizar las posibles causas de los resultados del análisis de priorización.

## **4. Justificación del estudio**

A pesar de los esfuerzos por parte del Estado en mejorar la calidad de los servicios, aún existen deficiencias en la prestación de los mismos. La PCM (2017) ha recogido estas

deficiencias en el documento Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública. De igual forma, remarcan el desempeño desigual de los servicios públicos, lo cual acarrea una percepción negativa por parte de los ciudadanos.

Alineados a los objetivos de la Reforma del Estado, con el Decreto Supremo nro. 004-2013-PCM, se aprueba la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública que tiene como objetivos la Orientación al ciudadano y la Gestión orientada en resultados. Para alcanzar estos objetivos, es necesario incorporar herramientas que permitan conocer sus necesidades y atenderlas de manera eficaz. Una de las herramientas que posibilitan la participación ciudadana y la vigilancia de la gestión pública es la encuesta de percepciones. Esta herramienta permite recolectar la información del ciudadano de la manera más técnica posible, la cual levanta percepciones de la cantidad y calidad de los servicios que reciben, con la finalidad de retroalimentar los procesos y generar políticas públicas encauzadas a las necesidades de la población (Tragodara, 2013). De igual manera, permite mapear a los servicios que tienen buenas prácticas y replicarlas. En el marco de la Reforma de Salud, uno de los objetivos del Plan Estratégico Sectorial Multianual [PESEM] al 2021 del MINSA es ejercer la rectoría y gobernanza del Sistema de Salud con la finalidad de beneficiar a la población, dentro del cual se encuentra establecida la acción estratégica enfocada en potenciar la protección de los derechos en salud de los ciudadanos, en particular aquellos que están asociados a la efectividad, calidad, seguridad y oportunidad de la atención de salud (Ministerio de Salud [MINSA], 2016). El indicador principal de esto es el porcentaje de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en consulta externa. Según la Encuesta Nacional de Hogares [ENAHOG], al año 2014, este era de 74% y el MINSA se ha planteado como meta que este se incremente a 78% en el año 2018 (MINSA, 2016).

En la investigación se ha realizado una medición de la calidad de atención en la especialidad de Medicina General por las siguientes razones que presentaron Ortun y Gervas (1996). Primero, el médico general cumple el papel de *gatekeeper*, es decir, se encarga de filtrar al paciente a la especialidad correspondiente o en caso sea necesario brindar tratamiento oportuno a la dolencia que presenta el usuario. Existen dos capacidades que caracterizan al médico general: (1) continuidad, que refiere al seguimiento de problemas de salud concretos, y (2) longitudinalidad, que refiere al seguimiento del conjunto de problemas de salud que afectan a una persona a lo largo de su vida, esta última diferencia al médico general del médico especialista. Segundo, desde un punto de vista económico, la longitudinalidad propia de la atención primaria reduce gastos innecesarios en el cuidado de la salud, pues una buena atención primaria garantiza que disminuya el costo de la misma. Tercero, la longitudinalidad también ofrece mejoras en la atención del paciente, pues el buen ejercicio de un médico general en el

seguimiento del problema de salud, debidamente apoyado en la historia clínica, permite reducir probabilidades de enfermedades riesgosas.

En conclusión, este carácter longitudinal y la labor de filtro del médico general permite verificar la probabilidad pretest<sup>1</sup> del diagnóstico final que se le puede otorgar al paciente y de esta manera, aumenta las probabilidades de presentar determinada enfermedad en el paciente derivado, esto es posible debido al carácter preventivo que posee la labor del médico general. En consecuencia, se permite el descarte de enfermedades, lo cual incrementa las posibilidades de realizar un mejor diagnóstico y brindar una mejor terapéutica<sup>2</sup> (Ortún y Gervas, 1996, p. 97). Por último, los pocos estudios conocidos que se han realizado en el CMI Juan Pablo II han sido enfocados a evaluar aspectos técnicos y son realizados por SUSALUD, sin embargo, estudios específicos en el CMI en mención sobre la calidad percibida del servicio no son de conocimiento público. Por este motivo, ha existido la necesidad de realizar un estudio sobre este tema, que a su vez permite aportar conocimiento a la gestión sanitaria en los establecimientos de salud de primer nivel de atención.

## **5. Viabilidad y limitaciones**

Es preciso resaltar que para la realización del presente trabajo de investigación se ha contado con distintos tipos de recursos necesarios para llevarlo a cabo, los cuales se detallan a continuación. En primer lugar, se ha contado con la disponibilidad de tiempo de tres alumnas que dedicaron sus esfuerzos a la elaboración del presente trabajo de investigación, de la misma manera se ha contado con los recursos económicos suficientes para poder llevar a cabo el trabajo de campo requerido.

En segundo lugar, se contó con un contacto directo en el CMI Juan Pablo II, el cual ha sido un mediador para obtener acceso directo a información primaria y entrevistas con personas de puestos clave para los temas de gestión en salud a ser investigados. Asimismo, también se contó con el permiso de Direcciones de Redes Integradas de Salud [DIRIS] para poder realizar la investigación dentro del CMI.

En tercer lugar, el CMI sobre el cual se ha llevado a cabo la investigación se encuentra ubicado dentro de Lima, lo cual ha facilitado la incursión en el lugar, asimismo, dado que la Pontificia Universidad Católica del Perú pertenece al Consorcio de Universidades se ha podido

---

<sup>1</sup> La probabilidad pretest es la probabilidad que presenta un paciente de presentar una enfermedad dada sus características, signos y síntomas además de la prevalencia de la enfermedad en la población antes de realizarle un test clínico de diagnóstico (Salech, Mery, Larrondo & Rada, 2008).

<sup>2</sup> La terapéutica se relaciona al tratamiento que se emplea para la curación de un trastorno o una enfermedad.

acceder a fuentes bibliográficas suficientes en temas de gestión en salud en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, las cuales han facilitado la realización de la investigación.

En cuarto lugar, se ha realizado la investigación con la encuesta SERVQUAL la cual ha sido validada por el MINSA, asimismo, esta cuenta con una guía técnica que detalla los pasos a seguir al momento de aplicar dicha encuesta. Sin embargo, se determinó realizar la encuesta SERVQUAL sólo en la especialidad de Medicina General debido a que los plazos y los recursos son limitados, siendo esto una limitación para el estudio. Asimismo, no se contó con el apoyo del Médico Jefe del CMI, Genaro Muñoz, lo cual imposibilitó la obtención de documentación de gestión. Tampoco autorizó el uso de la información que brindó en una entrevista realizada. Otra limitante fue el retraso para obtener el permiso de la DIRIS para el ingreso a campo. Este se autorizó el tres de junio, luego de siete meses de haber iniciado el trámite, por ello el cronograma de trabajo se vio alterado.



## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

En el presente apartado, se ha desarrollado los principales conceptos de calidad y medición de la calidad del servicio percibida, con la finalidad de presentar el modelo de medición SERVQUAL. De igual manera, se han incorporado las principales críticas realizadas al mismo.

### **1. Calidad de los servicios en el contexto de salud**

#### **1.1 Evolución del concepto de calidad**

Según Garvin (1988), el concepto de calidad ha pasado por cuatro etapas distintas. Primero, la etapa de la inspección, en la cual se buscaba la uniformidad del producto, con la finalidad de que cumpla con características establecidas. En segundo lugar, el control estadístico dentro de los procesos industriales, donde se aplicó técnicas estadísticas para el control de lotes de producción. En tercer lugar, se orientó hacia el aseguramiento de la calidad en la década de los 50, donde se buscó revisar la calidad dentro de toda la cadena productiva. Por último, la calidad se ha considerado como estrategia competitiva; en esta definición se enfatiza su importancia en el mercado, en la necesidad de los clientes y moviliza a la organización a mejorar y mantener la calidad. En la actualidad este concepto ha evolucionado a los de calidad total y de excelencia empresarial. En todo este proceso evolutivo de la construcción y reformulación del concepto de calidad, se involucró de forma gradual a toda la organización. Es importante resaltar que, desde la inspección hasta la excelencia, el concepto se ha venido integrando (Duque & Diosa, 2014). Esto significa que muchas de las concepciones de calidad incorporan elementos de las definiciones que se han delimitado en las etapas previas.

En sus inicios, la concepción de la calidad estaba basada en las características físicas de un producto (Kelso, 2012). La inspección, en particular, se utilizaba como herramienta de control para la detección de errores, siendo esta función desempeñada por alguien diferente al operario que ejecutaba la actividad (Bounds, 1994). Así, el control de calidad se limitaba a la inspección del producto terminado, para asegurarse de que existiera uniformidad entre las unidades producidas. Esto tiene fundamento en la teoría administrativa desarrollada por Frederick Taylor y Henri Fayol, la cual estuvo caracterizada por la detección y solución de los problemas generados por la falta de uniformidad del producto (Campoverde, 1993, citado en Izaguirre, 2015).

Posteriormente, las actividades de inspección empiezan a aplicarse en los procesos de manufactura. La calidad avanza a su segunda etapa cuando Walter Shewhart introdujo el denominado Control Estadístico de Procesos, el cual plantea la aplicación de técnicas estadísticas para realizar un seguimiento permanente a las operaciones en la línea de producción. La introducción de métodos estadísticos de muestreo se efectúa con el objetivo de reducir los costos de inspección, pero el principio siguió siendo el mismo: detectar problemas de

calidad de productos que ya habían sido manufacturados (Bounds, 1994). De esta forma, se entiende a la calidad como un problema de variación que puede ser controlado y prevenido mediante la eliminación a tiempo, de las causas que provocan los errores y así, la producción puede cumplir con las características especificadas en el diseño. Cabe resaltar que, en esta etapa, el enfoque de calidad se orienta hacia el proceso de manufactura (operaciones industriales) y no se aplica al resto de los procesos indirectos, de soporte y de servicio (Sánchez, 2008).

Posteriormente, se le vio desde una perspectiva normativa, en la cual se presta atención al Aseguramiento de la Calidad. A partir de los años sesenta, las funciones de la calidad pasaron del control aplicado únicamente al producto, a un control total de la calidad. Frente a los cambios en el mercado internacional, Feigenbaum (1951) señaló que la calidad se debe procurar tanto en productos como en servicios, pues constituye la fuerza más importante que conduce al éxito organizacional y crecimiento empresarial, hallando así la forma para administrar la organización. Feigenbaum (1951) definió al Control Total de la Calidad [CTC] como un sistema funcional que integra el cuidado de la calidad, así como el trabajo de mejora elaborados por los grupos de la organización, con el fin de mejorar el costo de la producción de bienes y servicios y brindar la satisfacción de los clientes.

Con esto se plantea que la calidad debe desarrollarse no solo para el área y los procesos de producción, sino también para todo el resto de la organización. Es decir, debe involucrarse a todos los departamentos de la organización para poder ofrecer un mejor servicio en el proceso de la calidad. Asimismo, resaltó el papel de las relaciones humanas como fundamentales para las actividades de control de calidad (Guajardo, 2008).

De esta forma, se empezó a generar el concepto de garantía de calidad o aseguramiento de la calidad. Juran (1990) explicó que el control de calidad debe realizarse completamente como parte del proceso de control administrativo. Así, propuso descentralizar la responsabilidad del logro de la calidad hacia todas las áreas y procesos de la organización. Esta es una actuación necesaria en toda la cadena de valor (Porter, 2002, citado en Sanabria, Romero & Flórez, 2014). El propósito fundamental es generar en el cliente la confianza de que se puede cumplir los requisitos de calidad.

Juran definió a la calidad como aptitud para el uso, por lo que el criterio central de evaluación de la calidad es el cumplimiento, por parte de todas las áreas de la organización, de las especificaciones del producto o servicio (tangibles e intangibles) frente a los atributos requeridos por el cliente, es decir, cuidando que guarden relación con las necesidades de este (Sanabria, Romero, & Flórez, 2014). Juran (1990) propuso la trilogía de la Gestión de la Calidad que está compuesta por: (1) planificación de calidad, (2) control de calidad, y (3) mejora de la calidad. Esto tres son parte del proceso de mejora continua de una organización,

puesto que, como fue mencionado anteriormente por Feigenbaum, todos los departamentos de la organización forman parte de la cadena de provisión del servicio. A la par, en la filosofía de Juran también está presente la necesidad de construir un concepto de calidad que se vincule con el cliente.

Se denominó gestión o administración de la calidad total o TQM (Total Quality Management) a la integración de los principios de calidad en los sistemas administrativos de las organizaciones. La calidad total se basa en tres principios fundamentales: 1. Un enfoque en los clientes y accionistas, 2. La participación y el trabajo en equipo de todos en la organización y 3. Un enfoque de proceso apoyado por el mejoramiento y el aprendizaje continuos. 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 (Evans, 2008).

Se puede notar, por lo tanto, el cambio que se produce en la concepción de la calidad, pues los autores denotan una inclinación por considerar que calidad debe estar determinada por el cliente. De esta forma, Deming propone que es el cliente quien define la calidad final, y asevera que el fin último es satisfacer necesidades y expectativas (citado en Donabedian, 1978). Según él, los beneficios que podría obtenerse de un mejor entendimiento de los requerimientos del cliente podrían repercutir en un incremento de la cuota de mercado y retorno de la inversión (Deming, 1986; Anderson & Zeithaml, 1984). En 1978, el American National Standards Institute (ANSI) y la American Society for Quality (ASQ) estandarizaron las definiciones oficiales de la terminología relacionada con la calidad, unificando bajo el concepto siguiente: “la totalidad de los rasgos y características de un producto o servicio en que se sustenta su capacidad para satisfacer determinadas necesidades” (Evans, 2008). Queda en evidencia que la calidad evoluciona hacia un énfasis en el cliente, en el cual la organización busca comprender las necesidades del cliente para responder a ellas de forma eficaz y eficiente.

La calidad total no solo apunta a reforzar la relación entre los consumidores y la empresa, sino también se extiende hacia los clientes internos. El éxito de una organización depende del conocimiento, habilidades, creatividad y motivación de sus empleados y socios. Por lo tanto, una organización de calidad total debe demostrar compromiso hacia sus empleados, ofrecer oportunidades de desarrollo y crecimiento, proveer reconocimiento más allá de los sistemas de compensación normales, compartir el conocimiento y motivar a la toma de riesgos. Relativo a esto, para Joseph Juran cuando los directivos dan a los empleados las herramientas necesarias para tomar decisiones acertadas, así como libertad y motivación para hacer contribuciones, garantizan la obtención de productos y procesos de producción de mejor calidad (Evans, 2008). Por eso, el autor determina que la tarea de la administración incluye formular los

sistemas y procedimientos y llevarlos a la práctica para asegurar que la participación se vuelva parte de la cultura. De igual forma, Deming también consideraba al liderazgo efectivo, educación y capacitación del personal como vitales para generar un entorno propicio para el desarrollo de la mejora continua (Summers, 2006). Otro elemento importante de la calidad total es el trabajo en equipo, que centra la atención en las relaciones cliente-proveedor y fomenta la participación de toda la fuerza laboral en la solución de problemas de los sistemas, en especial de aquellos que traspasan las fronteras funcionales (Evans, 2008)

Así como Juran, Deming también establece que, con la finalidad de gestionar adecuadamente la calidad, debía existir un mayor énfasis en la mejora de los procesos organizacionales, que se logra concentrando la atención en los usuarios (Sociedad Americana para la Calidad, 2017). Este enfoque es, a su vez, apoyado por el enfoque de procesos, que ayuda a comprender las sinergias y a conocer el origen de los problemas. Deming sostuvo la importancia de la mejora continua al considerarla como un ciclo de aprendizaje, denominado también como ciclo Deming o PHVA que consta de cuatro etapas: Planear, Hacer, Verificar y Actuar. Además de la mejora continua, la filosofía de Deming también hace énfasis en el rol de la administración, análisis estadístico, fijación de metas y comunicación; los cuales se reflejan en los 14 axiomas de Deming.

El concepto de calidad evolucionó entonces hacia el concepto de excelencia en el desempeño, que 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 (Evans, 2008). En base a estas concepciones de la calidad, se impulsa el desarrollo de estándares, normas y sistemas de calidad, que progresivamente se han ido incorporando, tales como los programas de estándares internacionales ISO (International Organization for Standardization). En este se hace énfasis en el nuevo rol de la administración, en el que se integra los requerimientos de los clientes para el desarrollo de un plan integral para responder a estos, además de la medición de características clave de productos y servicios, la impartición de capacitación constante y la demostración de liderazgo.

Un modelo desarrollado en base a estas nuevas concepciones de calidad es el modelo EFQM, que realiza un énfasis tanto a la organización de las actividades como a la configuración de los propios productos; su objetivo es la mejora de procesos y calidad en la gestión (Summers, 2006). El modelo EFQM a diferencia de otros le otorga mayor peso a la perspectiva de clientes y aprendizaje y crecimiento. El carácter de este modelo no es prescriptivo ya que no te dice que hacer sino más bien se trata de que en base a una autoevaluación de la organización y teniendo en cuenta las singularidades y características propias de la misma se proceda a emprender oportunidades de mejora (Pardo, Monterde & Somolinos, 2006). Sin embargo, el modelo EFQM no termina por ser el más adecuado para evaluar la calidad de atención del paciente y

mejorar la satisfacción del usuario ya que esta “ajustado más para los aspectos organizacionales y empresariales mientras que carece de un marco que facilite la evaluación de la salud pública”. Este modelo “no especifica como una organización dedicada a la salud cumple con su misión, hace falta concretar los objetivos finales y las funciones de la misma para poder ser evaluado en un modelo de calidad” (Giux, 2005 p.328).

Por otro lado, el modelo Malcom Baldrige es un modelo estadounidense creado el año 1987 el cual comprende siete criterios entre ellos el liderazgo, planeamiento estratégico, orientación hacia el cliente y el mercado, medición, análisis y gestión del conocimiento, orientación hacia las personas, gestión de procesos y resultados. Este modelo constituye una herramienta significativa para evaluar y mejorar el desempeño de las organizaciones en el camino al éxito empresarial. Este modelo hace énfasis en los criterios internos más que en los externos, sus objetivos principales son “lograr que los clientes obtengan mayor valor y mejorara el rendimiento global de la organización” (Pastor, Pastor, Calcedo, Royo & Navarro, 2013, p. 1066). Al igual que el modelo EFQM este modelo tampoco es prescriptivo, por el contrario, fomenta la mejora continua y los cambios a través de la innovación de la misma organización. Este modelo le otorga mayor peso a la perspectiva financiera y de aprendizaje y crecimiento y menor peso a las perspectivas de clientes y procesos. Asimismo, a diferencia de otros modelos le otorga “mayor valor a la definición de la misión, visión y estrategia de la organización” (Pastor et al., 2013 pp. 1069-1070).

Paralelamente, los consumidores empezaron a demandar mayor calidad en los servicios a partir de los años 80, por ello es que la investigación del constructo calidad en la industria de los servicios empezó a desarrollarse en esta época (Takeuchi & Quelch, 1983). Se encuentran dos principales corrientes de pensamiento sobre la calidad de servicios: la escuela nórdica, cuyo máximo exponente es Grönroos y la escuela norteamericana, donde resaltaron Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985) quienes desarrollaron el modelo de medición SERVQUAL. La conceptualización y medición de la calidad de los servicios debe ser diferente que el de los productos tangibles. Grönroos, Lovelock, Parasuraman, Zeithaml y Berry coincidieron en que la diferente naturaleza de ambos implica que existen una serie de características de los servicios que los diferencian de los productos tangibles (Duque, 2005). Debido a que la naturaleza de los productos tangibles y servicios es distinta, se hará una revisión previa del concepto de servicio.

## **1.2 Servicio**

El servicio es parte fundamental para la sociedad, debido a que brinda soluciones a las necesidades de los ciudadanos, sin embargo, así como la sociedad cambia, el concepto de servicio ha evolucionado a lo largo de los años para adaptarse a los nuevos contextos. En un primer acercamiento, se ha precisado que el servicio es “cualquier actividad o beneficio que una

parte ofrece a otra; son esencialmente intangibles y no dan lugar a la propiedad de ninguna cosa” (Kotler & Armstrong, 2003, p. 514). Asimismo, autores más actuales señalan que los servicios son actividades principalmente intangibles que proporciona satisfacción a través del cumplimiento de necesidades con la finalidad de crear valor para el usuario (Duque & Diosa 2014). En base a lo mencionado, es necesario recalcar que los servicios generan valor para la sociedad, el cual puede ser vistos desde diferentes aspectos: social, público y económico.

Sin embargo, el servicio comparte características propias que dificultan su medición, pues tiene un componente subjetivo que se refleja principalmente en la intangibilidad. En ese sentido, autores como Parasuraman et al. (1988), recalcan que las características principales son tres: intangibilidad, heterogeneidad e inseparabilidad. Es por esta razón que es difícil definir cómo los consumidores perciben los servicios y, por lo tanto, evaluar la calidad de los mismos (Zeithaml, 1981). En este sentido, es necesario evaluar aspectos propios del usuario del servicio, como sus percepciones y expectativas, debido a que a través de esos dos componentes se podrá recoger el nivel de calidad percibida.

La segunda característica que menciona Parasuraman es la heterogeneidad, y se refiere al alto contenido de mano de obra que contiene el servicio, esto debido a que “su desempeño varía de productor a productor, o de consumidor a consumidor cada día, ya que los resultados obtenidos pueden ser muy variables” (Civera, 2008, p.9). Como última característica, Parasuraman menciona a la inseparabilidad. En relación a esto, Gronroos (1982) señala que esta característica ocurre cuando la producción y el consumo del servicio se dan al mismo tiempo, usualmente mientras está siendo entregado). Frecuentemente, esto ocurre en servicios intensivos en capital humano, donde existe una interacción entre el cliente y la persona de contacto de la organización productora de servicios (Parasuraman et al., 1985). Además, Duque señala como característica adicional el carácter perecedero del servicio. Este señala que el servicio no se puede almacenar, preservar, revender o devolver. (2014). Asimismo, otros autores señalan dos características adicionales las cuales son el contacto con el cliente y la relación basada con el cliente (Pride & Ferrel, 2010, citado en Duque 2014). Ambas se centran en posicionar al usuario como eje central del servicio.

### ***1.2.1. Servicio Público***

Dentro de la perspectiva de los servicios, el tipo de servicio en el que se centra este trabajo es el servicio público. Asimismo, dicho tipo de servicio ha tenido una evolución continua, es así que en un inicio este concepto estaba íntimamente ligado a temas relacionados con prestaciones de servicios exclusivos por parte del Estado y se sustentaba en una ley o norma que respalden su funcionamiento. Sin embargo, la modernización de las funciones públicas enfocadas en mejorar la experiencia de los usuarios y a la amplitud de las necesidades de lo mismo ha ocasionado que

el servicio público deje de ser función exclusiva del Estado para pasar a ser prestados por entidades privadas, bajo la regulación por parte de la administración pública.

En base a lo mencionado, la administración pública transfiere facultades a los privados para que puedan prestar servicios esenciales como lo son la educación y la salud, siendo esta última, materia de este estudio. A pesar de que estas facultades han sido transferidas, las características de servicio público varían de autor en autor, sin embargo, el Tribunal Constitucional delimita cuatro principales características: naturaleza esencial para la comunidad, la continuidad de su prestación, naturaleza regular, es decir, mantener un standard mínimo de calidad, y la necesidad de que el acceso se dé en condiciones de igualdad (Ocho, 2013)

### ***1.2.2. Revisión de modelos de evaluación de calidad de los servicios***

En la presente sección se ha realizado una revisión de los modelos de evaluación más reconocidos por su validez y confiabilidad. En sus inicios, Lewis y Booms (1983) plantearon el concepto de calidad de servicio como el ajuste del servicio entregado con las expectativas de los consumidores. Tomando como premisa el paradigma de la desconfirmación, Parasuraman et al. (1985) plantearon que la calidad del servicio es el resultado de la comparación de las expectativas frente a un proveedor y sus percepciones con respecto al servicio recibido. Parasuraman et al. (1988) coincidió en que, al tratarse la medición de la calidad de algo intangible, esta dista de ser fácilmente medible. Esto debido a que posee un carácter subjetivo, en que lo más concreto para su medición puede ser la percepción en comparación con las expectativas. Entonces, se puede decir que “la calidad percibida de servicio es subjetiva y sus propias características son aún más abstractas que las características de los productos” (Duque, 2015, p.68). Para Zeithaml (1990), la calidad del servicio es la percepción del cliente sobre el nivel de éxito o fallo en la satisfacción de expectativas. Para la presente investigación, se ha tomado la definición de calidad de servicio percibido propuesta por Parasuraman y otros (1991), que es la percepción en comparación de las expectativas. Bajo esta perspectiva, un servicio es de calidad cuando responde a las expectativas del cliente, de manera consistente.

Cronin y Taylor (1992) presentaron el modelo SERVPERF, un modelo alternativo al SERVQUAL, el cual “solo se mide la percepción por parte del cliente de la performance o actuación (desempeño) del servicio, sin tener en cuenta explícitamente las expectativas” (Palacios 2014, p. 62). Este modelo reduce el número de ítems a 22 en relación al modelo SERVQUAL, debido a que no considera los ítems relacionados a expectativas. “Dichos autores se han basado en Carman (1990) para sostener que el modelo SERVQUAL carece de apoyo teórico y evidencia empírica como punto de partida para considerarlo adecuado en la evaluación de la calidad de servicio percibida” (Saavedra, & Colmenares, 2007, p.21). Por ello, se ha sostenido que, para evaluar la calidad del servicio, no es necesario considerar las expectativas,

debido a que esta solo tiene su base en la percepción del resultado del servicio (Cronin & Taylor, 1992 citado en Saavedra & Colmenares, 2007).

Cronin y Taylor (1992) señalaron también respecto a la medición de las expectativas absolutas en el modelo SERVQUAL que estas pueden no estar claramente definidas o incluso no existir (citado en Colmenares & Saavedra, 2007). Sin embargo, las expectativas se relacionan a las necesidades personales, la comunicación boca a boca y las experiencias pasadas (Parasuraman et. al 1985), los cuales tienen un fuerte componente intercultural. Por lo tanto, al no considerar las expectativas se pierde la esencia de la realidad donde se realiza el estudio (Dajuman, Bawuro, Vassumu & Habibu, 2018).

Por otro lado, Teas (1993, citado en Colmenares & Saavedra, 2007) planteó el modelo de Desempeño Evaluado, en el que la medición de la calidad del servicio debe realizarse tomando en cuenta dos modelos: (a) evaluación de desempeño por parte del consumidor, y (b) un índice de calidad normada. Este último alude a “un punto ideal que debe tener el servicio, que está representado de forma cuantitativa por una puntuación del “nivel” que los distintos aspectos del servicio deben tener” (Palacios, 2014, p. 62). Asimismo, “el modelo SERVQUAL presenta problemas respecto a la definición tanto conceptual como operativa de las expectativas, lo cual crea ambigüedad en la interpretación y en su justificación teórica” (Teas, 1993 citado en Colmenares & Saavedra, 2007, p.22). También señaló a su vez que “el concepto de expectativas es impreciso y existe necesidad de delimitarlo, por lo que la escala de preguntas SERVQUAL induce a diferentes tipos de expectativas. Esto ocasiona que los sujetos no pueden diferenciarlas en las evaluaciones” (Vergara, Quesada & Blanco, 2012, p.385). Sin embargo, Teas no plantea dimensiones en su modelo, sino que propone que estas sean cambiadas por variables propias de las características del servicio que se esté midiendo, lo cual ocasiona que se pierda la capacidad de comparar y estandarizar la calidad de un servicio determinado.

Ante estas críticas hacia la validez de la medida de las expectativas, Parasuraman et al. (1985, 1988) enfatizaron en el concepto usado por ellos hasta el momento para definir expectativas y lo señalaron tal como “lo que los usuarios sienten que los proveedores de servicios deberían de ofrecerles más que lo que podrían ofrecer”, evidenciándose así una diferencia de significados en el término expectativas de acuerdo al contexto en el que se le use, trátase este de calidad de servicio o de satisfacción al usuario. Definiéndose en este último como las predicciones de futuros eventos, es decir, “lo que los clientes sienten que el proveedor de servicios podría ofrecerles” (Jain & Gupta, 2004, p.28).

Es entonces cuando Parasuraman et al. (1990) nombraron a este “podría o debería” como una expectativa ideal o normativa, en la que se revisa a la medida de las expectativas y se

la define como “lo que los clientes esperan de un servicio excelente” (citado en Jain & Gupta, 2004, p.28). Posteriormente, Mira, Ruiz, Rodríguez, Arana (1998) adaptaron el modelo SERVQUAL a la realidad hospitalaria española, el cual fue tomado como referencia para posteriores estudios en otros países los cuales lo han adaptado a su realidad. SERVQHOS ha sido construida para evaluar la calidad de los servicios de atención hospitalaria que combina en la misma escala expectativas y percepciones del paciente. Sin embargo, el cuestionario del SERVQHOS posee menos ítems, los que se reducen a 19, de los cuales 10 están enfocados en evaluar la calidad subjetiva, que evalúa las dimensiones empatía, capacidad de respuesta y seguridad (Sánchez, Leal et al., 2017), y los otros nueve evalúan la calidad objetiva, “que hace referencia a infraestructura, confort, dotación de equipos y asuntos relacionados” (Numpaque-Pacabaque & Rocha, 2016). Asimismo, este cuestionario mantiene las variables sociodemográficas y añade un espacio para sugerencias y comentarios del paciente (Monteagudo, Navarro, Alonso, Casas, Rodríguez, Gracia & Herruzo, 2003).

Por otro lado, este modelo posee aspectos propios del servicio de salud conocidos como criterios de referencia relacionado a la urgencia, programación o frecuencia del ingreso del paciente, los cuales permiten contrastar los resultados de la encuesta (Monteagudo, et al., 2003). A nivel mundial, los estudios que aplican los cuestionarios SERVQHOS Y SERVQUAL se encuentran centralizados en España, Medio Oriente y Colombia. De estos, existen una mayor cantidad de estudios con aplicación de la escala SERVQUAL y, en general, las investigaciones se enfocan en la evaluación de los servicios de hospitalización, hemodiálisis y atención primaria o ambulatoria. En Latinoamérica, el modelo SERVQUAL ha sido preferido en Colombia, en especial, en cuatro estudios que evalúan la calidad de los cuidados de enfermería (SERVQHOS-E) en las instituciones de salud percibida por el usuario (Numpaque-Pacabaque & Rocha-Buelvas, 2016). Sin embargo, en base a la revisión de bibliografía que se realizó para la elaboración de este trabajo, no se encontraron estudios que utilicen la metodología SERVQHOS aplicado a la realidad peruana.

Si bien el SERVQHOS es una versión adaptada para servicios de salud, cabe resaltar que las características de la atención en los servicios de hospitalización posquirúrgicos son disímiles a las de un servicio de Medicina General. Asimismo, debido a que el modelo SERVQUAL cuenta con una adaptación al sector salud peruano, se ha optado por escoger el cuestionario SERVQUAL modificado por el MINSA para el presente estudio, ya que este presenta una versión para Consulta Externa en establecimientos de salud de nivel I-4, los cuales se enfocan en la atención primaria.

### ***1.2.3. El carácter multidimensional de la calidad del servicio***

Diferentes autores han buscado definir la calidad del servicio, sin embargo, el consumidor, al evaluar el servicio no solo lo hace de una dimensión, sino que abarca diferentes factores. A esto se le conoce como multidimensionalidad del servicio. Diferentes autores han tocado este tema en sus investigaciones, dentro de los ya mencionados en el apartado 1.2.2., se tienen al SERVPERF y Modelo de Desempeño evaluado. En base a esto es necesario mencionar que la calidad del servicio debe ser entendida como la calidad percibida del servicio, por lo cual los diferentes modelos que evalúan este aspecto “miden mediante escalas que abarcan los ítems relativos a los atributos de las dimensiones del servicio” (Palacios 2014, p. 61). Es así que lo que los usuarios perciben por calidad termina siendo subjetiva.

En ese sentido, si bien la calidad de los productos puede ser medidos a través de indicadores, en el caso de los servicios, esta medida se realiza por dimensión. Es así que, las dimensiones terminan siendo uno de los principales factores a evaluar; sin embargo, a pesar de que diferentes autores han planteado sus propias dimensiones, Parasuraman (1988), a través del modelo SERVQUAL, plantea cinco dimensiones que serán tomadas como base para la evaluación de la calidad del servicio en el CMI de estudio. Estas dimensiones se clasifican en fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles.

Ahora, el cliente procede a generar una opinión del servicio recibido en base a la comparación de expectativas y perspectivas para cada una de las dimensiones, la diferencia que haya entre ambas será conocido como el paradigma de la desconfirmación el cual se define como resultado de la discrepancia entre percepciones y expectativas respecto al desempeño del servicio (Torres & Vásquez, 2015). Es así que en base a esos factores: dimensiones, expectativas y percepciones es que se construye una opinión del cliente, esto debido a que las mismas características del servicio obligan a buscar diferentes formas de evaluarlo. La evaluación de todas las dimensiones general un juicio global en el usuario.

### ***1.2.4. Las dimensiones de la calidad de servicio de salud según diversos autores***

Parasuraman et al. (1985, 1988) y otros sostuvieron que la calidad percibida de un servicio implica un juicio global relacionado con la superioridad del servicio, de carácter subjetivo y multidimensional. Por ello, es necesario el establecimiento de dimensiones para la medición del mismo. Parasuraman et al. (1988) reagruparon los primeros diez criterios para la evaluación de la calidad de cualquier tipo de servicio planteados inicialmente en las siguientes cinco dimensiones:

Elementos tangibles (apariciencia física de las instalaciones, equipos, personal, etc.),  
fiabilidad (habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa

desde la primera vez), capacidad de respuesta (disposición de ayudar y servir rápidamente a los clientes), seguridad (habilidades y conocimientos de los empleados para inspirar credibilidad y confianza) y empatía (atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes) (citado en Losada & Rodríguez, 2007, p.243).

Parasuraman et al. (1985), a su vez, postularon tres dimensiones: (a) física, donde se incluyen aspectos como el equipamiento o instalaciones); (b) corporativa, que incluye el perfil e imagen de la organización, y (c) la interactiva, que proviene de la “interacción entre el personal” de contacto y los clientes. Luego, hacen una diferenciación entre la calidad asociada al proceso de entrega de servicio y la calidad asociada con el resultado del servicio (citado en Duque, 2005, p.70).

Por su parte, Gronroos (1982) propuso que la calidad de servicio es integrada por tres dimensiones: el primero es la calidad técnica, que tiene un “carácter objetivo” y refiere a que el resultado del servicio sea considerado técnicamente correcto; el segundo es la calidad funcional que se refiere a cómo ha recibido el servicio el usuario, y a cómo ha sido prestado este por parte del personal; por último, está la imagen corporativa que comprende la percepción que se forma en el cliente de la organización. Este componente funciona como filtro inicial para poder ser evaluados por los demás componentes. Así, la percepción global del servicio es influenciada por la imagen corporativa y a su vez por la calidad técnica y funcional (Torres & Vázquez, 2015, p. 63).

Sin embargo, autores como Cronin y Taylor (1992) y Babakus y Mangold (1992) criticaron la multidimensionalidad de la calidad del servicio y propusieron, por el contrario, que esta puede ser unidimensional para el juicio de otros. Es así como, Carman (1990), y Babakus y Boller (1992) postularon “que la cantidad y la naturaleza” de dichas dimensiones “tienen relación directa con el contexto analizado” por lo que será necesario crear metodologías tanto cuantitativas como cualitativas propias para cada contexto particular (Losada & Rodríguez, 2007, p.243).

Situándose en el contexto específico de calidad de servicio en salud Donabedian (1978) y Grönroos (1982) señalaron que la calidad del servicio se puede dividir en dos dimensiones: la técnica y la funcional. La primera está enfocada en la capacidad que tiene el médico en diagnosticar, así como seguir procedimientos establecidos y la segunda se centra en cómo el servicio ha sido entregado (citado en Losada & Rodríguez, 2007). Es así que actualmente no se ha llegado a un consenso sobre el contenido y la cantidad de las dimensiones, sino más bien, se dice que estas varían según el tipo de institución y el tiempo en el que se evalúe la calidad, así como al enfoque y la metodología de investigación utilizados (Losada & Rodríguez, 2007). Algunos autores como Bowers, Swan y Koehler (1994) señalaron a “la empatía, la

confiabilidad, la urgencia en la prestación del servicio, la comunicación y el cuidado como determinantes de la calidad y satisfacción de los pacientes” (citado en Losada & Rodríguez, 2007, p. 244).

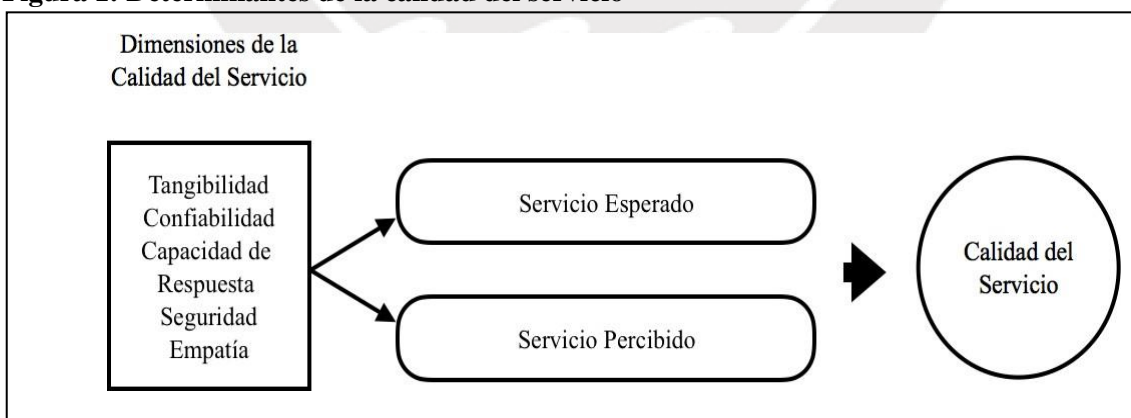
Autores más actuales como Palihawadana y Barnes (2004) plantearon algunas dimensiones novedosas para la evaluación de la calidad de servicio en salud tales como el precio y la experiencia las cuales son las “variables de mayor influencia en las percepciones de calidad del servicio en salud” (citado en Losada & Rodríguez, 2007, p. 244).

En conclusión, se puede señalar que, aunque existan detractores y autores a favor de las dimensiones iniciales propuestas por Parasuraman et al. (1985) se puede considerar a estas como las dimensiones básicas para la evaluación de la calidad de servicio (citado en Losada & Rodríguez, 2007). Es por esto que en el presente estudio en el que se ha utilizado el modelo SERVQUAL para la evaluación de la calidad de servicio en salud, se ha considerado en su evaluación las dimensiones de elementos tangibles, confiabilidad, empatía, aseguramiento y capacidad de respuesta.

### 1.3 Modelo SERVQUAL: percepción, expectativas y dimensiones

El modelo SERVQUAL, abreviatura de Service Quality, desarrollado por Valerie, Zeithaml, Parasuraman y Berry, se publicó por primera vez en el año 1988 con la finalidad de operacionalizar el constructo de satisfacción del usuario. En la siguiente figura se indica que la calidad del servicio está determinada por la percepción y expectativas del usuario del servicio en relación a las dimensiones del mismo. Esta discrepancia entre expectativas y perspectivas es a lo que se denomina la calidad del servicio,

**Figura 1: Determinantes de la calidad del servicio**



Adaptado de: Parasuraman, Zeithmal y Berry (1985).

#### 1.3.1. Paradigma de la desconfirmación

La base de la metodología SERVQUAL se centra en el paradigma de la desconfirmación. Este permite la formación de juicios de satisfacción. De la misma forma, las discrepancias entre las expectativas y el rendimiento percibido del bien/servicio (perspectiva).

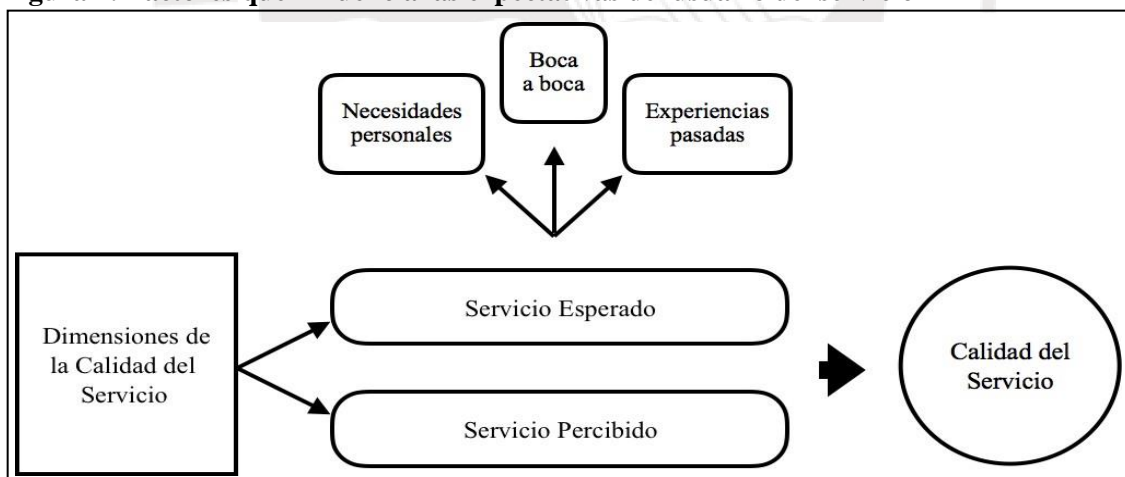
Al igual que el proceso de comparar la experiencia actual con experiencias pasadas, así como el conocimiento que cada persona maneja del servicio se le conoce como desconfirmación (Vargas, 2016)

El proceso de desconfirmación, no centra la evaluación del servicio en la dimensión técnica y funcional, sino se centra en “la diferencia que existe entre la calidad esperada y experimentada” (Grönroos, 1994 citado en Duque, 2005, p. 68). Asimismo, se confirma las expectativas cuando el servicio cumple con lo esperado; desconfirmación negativas, cuando no son los esperados y desconfirmación positiva, cuando el servicio supera las expectativas del cliente (Oliver, 1980). Además, la satisfacción es una función de la discrepancia, esta discrepancia se plasma en la desconfirmación.

### 1.3.2. *Percepción y expectativas*

Como se mencionó líneas arriba, el modelo SERVQUAL centra su estudio en conocer la percepción y expectativas de los usuarios que reciben el servicio. Es decir, estos determinantes de la calidad del servicio se enfocan en lo que esperan de un servicio (expectativas) y lo que reciben del servicio (percepciones). Según el modelo conceptual de la calidad del servicio que propuso Parasuraman et al. (1985), el servicio esperado se ve influenciado por la comunicación boca a boca que se da entre los usuarios potenciales del servicio, las necesidades personales del usuario y las experiencias pasadas.

**Figura 2: Factores que influyen las expectativas del usuario del servicio**



Adaptado de: Parasuraman, Zeithmal y Berry (1985).

Para el caso de las expectativas, es importante señalar la existencia de una zona de tolerancia que se ubica entre los dos niveles de las expectativas del usuario, las cuales son el nivel deseado y el adecuado. “El primero es el nivel de servicio que el cliente espera recibir” mientras que el segundo es el nivel de servicio que el usuario considera aceptable. Entonces:

- “Cuando el resultado percibido se encuentra dentro de esa zona de tolerancia, la organización prestadora de servicio se encuentra en posición de ventaja competitiva”,

- Cuando la calidad percibida se ubica debajo del nivel deseado la organización se encuentra en una posición de desventaja competitiva.
- Por último si el resultado percibido se encuentra por encima del nivel deseado el usuario mantiene lealtad a la organización (Civera, 2008, p.13).

Si se delimita desde la psicología cognitiva, según Reeve (1994), la expectativa es definida “como la evaluación subjetiva de la probabilidad de alcanzar una meta concreta” (citado en Peralta, 2006, p. 203). Esto permite que se construya un banco de conocimiento, a través de las experiencias vividas relacionado con la probabilidad de que vuelva a suceder un mismo suceso.

Esto se complementa con Bandura (1977), quien explicó que “las expectativas se crean y cambian” a través de “cuatro antecedentes: experiencia directa, experiencia indirecta, persuasión verbal y estado fisiológico” (citado en Peralta, 2006, p. 203). A través de estos antecedentes se pueden predecir eventos futuros. “Se puede predecir el resultado de la ejecución” [de un servicio], “pudiendo focalizarse en diferentes grados de abstracción” (Peralta, 2006, p. 204). Esta abstracción se plasma en las diferentes dimensiones que poseen las expectativas.

### ***1.3.3 Dimensiones de la metodología SERVQUAL***

Como se ha mencionado, la calidad del servicio está delimitado por una serie de determinantes, entre ellos se tienen a las dimensiones. En un inicio, Zeithaml planteó diez dimensiones, sin embargo, autores posteriores encontraron que estas dimensiones no eran independientes y las asociaron en cinco dimensiones.

En el estudio introductorio de la escala SERVQUAL en 1985, se desarrollaron doce focus group, de los cuales se puede confirmar que los usuarios fueron influenciados por las dimensiones del proceso y no solo por los resultados de la evaluación de la calidad de servicio. De este estudio se revelaron diez criterios evaluativos que pueden ser aplicados por el cliente, sin importar el tipo de servicio (Aguilar, Guija, Polanco & Rosales, 2017). El estudio planteó diez dimensiones: (a) tangibilidad, (b) confiabilidad, (c) respuesta, (d) competencia, (e) cortesía, (f) credibilidad, (g) seguridad, (h) acceso, (i) comunicación, y (j) entendimiento del cliente.

#### **a. Confiabilidad**

Según el MINSA, se define como la capacidad para cumplir exitosamente con el servicio ofrecido. Otros autores la han definido como la habilidad para realizar el servicio prometido en forma fiable y precisa (Parasuraman et al., 1994). La satisfacción de los consumidores es alta cuando los proveedores de servicios son capaces de mostrar su integridad y cuando los consumidores tienen la confianza en el desempeño del proveedor de servicios

(Zaragoza-González, 2015). Algunos aspectos propios de la calidad de servicio de salud son “responder en forma pronta, satisfactoria, culturalmente relevante y fácil de entender a las preguntas de los pacientes” o los “procedimientos médicos en forma tal que no sean percibidos como” atemorizantes por los pacientes. Esto está relacionado al componente ético que posee este tipo de servicio, el cual “va más allá de las relaciones costo-eficiencia o de satisfacción del usuario y debe ser reconocida” en los estudios que analizan la calidad de servicio (Casalino-Carpio, 2008, p.145).

#### b. Seguridad

Para el presente estudio, se ha considerado la siguiente definición: El conocimiento y la cortesía de los empleados y su capacidad para inspirar confianza y seguridad. Esta comprende cuatro componentes: cortesía, servicialidad, competencia y credibilidad (Parasuraman, et. al., 1985, 1988).

- La cortesía implica amabilidad y buen trato al atender al cliente, los buenos modales son un ejemplo de esto.
- La competencia se mide en “la demostración de los conocimientos y habilidades requeridos”.
- Por último, la credibilidad se mide en el comportamiento y forma de reaccionar del personal, la cual puede crear “sensaciones de seguridad o inseguridad en el cliente” (Zaragoza-González, 2015 p. 16)

Según Drucker (1990) la seguridad también se puede definir como la confianza que siente el cliente de que sus problemas serán resueltos con atención y premura por la organización de la mejor manera posible. La organización proveedora del servicio debe demostrar el mayor interés en la satisfacción del cliente (citado en Duque, 2005).

Asimismo, la encuesta SERVQUAL validada por el MINSA maneja el concepto de “evaluar la confianza que genera la actitud del personal que brinda la prestación de salud demostrando conocimiento, privacidad, cortesía, habilidad para comunicarse e inspirar confianza” (MINSA 2011a p. 2).

#### c. Elementos tangibles

A pesar de que la producción del servicio es básicamente intangible, el servicio en sí contiene elementos tangibles. Esta dimensión se define como las instalaciones físicas, equipos, y el aspecto del personal (Parasuraman et al., 1985, 1988). Además, el poder de tangibilizar el servicio permite que haya menores riesgos (Gonzalo, 2003). Autores como Parasuraman et al. (1985, 1988) definieron a la dimensión tangible como “la parte visible de la oferta del servicio, se refiere a la apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal, y materiales de comunicación” (citado en Duque, 2005, p.72). De la misma forma, Zeithaml y Bitner (2001)

mencionó que “la tangibilidad es todo aquello que se puede ver, tocar y degustar” (citado de Trujillo & Vera, 2009, p. 61).

Esta dimensión se enfoca en “los aspectos físicos que el cliente percibe del prestador de servicios” (Zaragoza-González, 2015, p. 14). Asimismo, cuenta con tres componentes: personal, que se enfoca en la apariencia física; infraestructura, estado de las instalaciones, mobiliario y equipo y objetos, que son las representaciones tangibles del servicio, como las señalizaciones. Para la encuesta validada SERVQUAL por parte del MINSA, los aspectos tangibles se han definido como “los aspectos físicos que el usuario percibe de la institución, relacionado a las condiciones apariencia física de las instalaciones, equipos, personal, material de comunicación, limpieza y comodidad” (MINSA 2011a p. 1).

#### d. Capacidad de respuesta

La capacidad de respuesta se refiere a la disposición para ayudar a los clientes y proporcionar rápido servicio (Parasuraman et al., 1985, 1988). La espera se refiere al “tiempo que espera un cliente antes de” ser atendido, un ejemplo de esto son las colas o filas que se realizan en los establecimientos públicos para poder ser atendido. El inicio y la terminación comprende el cumplimiento de los horarios establecidos para iniciar y/o finalizar un servicio, este factor también interviene al momento de evaluar la calidad del mismo. La duración se refiere al tiempo de producción que demora la prestación de un servicio. Por último, el post servicio es el servicio adicional que debe desempeñar el prestador de servicios como parte del servicio principal (citado en Zaragoza-González, 2015, p.15).

La capacidad de respuesta según Drucker (1990) se puede definir también como la actitud que se muestra para ayudar a los clientes y para suministrar el servicio rápido, asimismo, es importante considerar la facilidad que se tiene de ponerse en contacto fácilmente con la organización y la accesibilidad que esta demuestre para atender al cliente (citado en Duque, 2005, p.69). Esta dimensión también tiene su propia definición por parte de la encuesta SERVQUAL del MINSA, esta se define como “disposición de servir a los usuarios y proveerle un servicio rápido y oportuno frente a una demanda con una respuesta de calidad y en un tiempo aceptable” (MINSA, 2011a, p. 1)

#### e. Empatía

La empatía se entiende como el cuidado y la atención individualizada que la empresa proporciona a sus clientes (Parasuraman et. al., 1985, 1991). Esta comprende la personalización y la comprensión del cliente. Por un lado, la personalización consiste en brindar un buen trato de manera individual al cliente, recordando que no todos los servicios pueden ser entregados de forma individual. Por otro lado, la comprensión del cliente se refiere al conocimiento que

maneja el proveedor del servicio sobre el perfil, comportamiento y necesidades del cliente, el cual debe ser exhaustivo (citado en Zaragoza-González, 2015, p.16)

Paralelamente, la empatía para Drucker (1990) es la disposición de la organización de ofrecer al cliente “atención y cuidado personalizado”. También es importante considerar que la seguridad es un aspecto importante que toma en cuenta esta dimensión, por esto es necesario que haya un fuerte compromiso e implicación con el cliente conociendo sus necesidades e inquietudes específicas (citado en Duque, 2005, p.69). En la guía de evaluación de la satisfacción del usuario externo, el MINSA ha considerado la empatía como “la capacidad que tiene una persona para ponerse en el lugar de otra persona y entender adecuadamente las necesidades de otro” (2011a, p.14).

**Figura 3: Correspondencia de las diez dimensiones iniciales a las cinco dimensiones actuales de la calidad del servicio.**

	Tangibles	Confiabilidad	Respuesta	Seguridad	Empatía
Tangibles					
Confiabilidad					
Respuesta					
Competencia					
Cortesía					
Credibilidad					
Seguridad					
Acceso					
Comunicación					
Entendimiento del cliente					

Adaptado de: Aguilar, Guija, Polanco y Rosales (2017).

## CAPÍTULO III: MARCO CONTEXTUAL

### 1. La atención primaria de salud

El término Atención Primaria de Salud del cual se ha partido en la presente investigación para adentrar a otros conceptos más adelante, tuvo como sus primeros antecedentes a las enfermeras visitadoras o de salud pública que eran parte de iniciativas sanitarias de campañas de vacunación obligatorias y programas integrales con personal comunitario.

Posteriormente diferentes autores postularon diversas definiciones sobre esta, pero es recién en 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) celebrada en Alma-Atá (Kazajistán, ex-Unión Soviética), organizada por la Organización Mundial de la Salud [OMS] y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], que el concepto de APS queda establecido “como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias” usando medios aceptados por ellos y con plena participación de la sociedad y a un costo asequible como herramienta esencial "para mejorar el nivel de salud a nivel poblacional (Elorza et al., 2017, p.4).

Es desde la atención primaria de salud que se definen a “la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades” como los dos pilares de la estrategia de brindar cuidados de calidad en la atención primaria. Estos pilares conllevan a que la APS se realice pensando en el desarrollo de las personas, buscando disminuir desigualdades sociales y aumentando la participación de los pacientes en su mejoría (Villalba, 2007, p.9).

Asimismo, es importante precisar que para lograr una APS de calidad se debe introducir la medicina basada en evidencias, esto es tal como lo definió Icart “atención en la cual las actuaciones profesionales (clínicas y de gestión), se basan en el análisis de los resultados provenientes de la investigación (evidencia externa), de la experiencia profesional (evidencia interna) y de las opiniones y preferencias del cliente/usuario, en el contexto de los recursos disponibles”. Con esto se logrará realizar acciones correctas de manera idónea que disminuyan la intuición en la práctica médica y con ello prácticas inefectivas para el paciente (citado en Villalba, 2007, p.10).

De otra manera, para lograr un grado de calidad en la APS se debe comenzar por conocer los resultados de las acciones de los servicios de salud, es decir, conocer las necesidades y situación de la población antes y después de ser ejecutadas las acciones. Con esto se puede lograr medir y evaluar el impacto de las mismas. En este mismo sentido tal como lo señaló Donabedian (1993) es necesario recoger la opinión de los pacientes ya que esta fuente es de invaluable importancia para conocer sus requerimientos y con ellos lograr alcanzar la

satisfacción del usuario en salud. Además, que esta se constituye como uno de los indicadores primordiales en lo que atención en salud refiere (Donabedian 1993 citado en Gonzáles, 2005).

Es necesario, también, recalcar que para que haya calidad en la APS se debe dar importancia tanto al aspecto técnico y científico que mide el desenvolvimiento del personal médico como a las relaciones interpersonales que se desarrollan entre médico- paciente. Pese a que muchas veces se suele dar mayor peso al primero. Por último, es necesario reconocer que para que haya una atención de calidad en salud no necesariamente debe haber un incremento en los recursos, pues puede darse un mal uso de estos que lejos de mejorar la atención la mengüen, esto lleva a concluir que la calidad no siempre está relacionada con mayores gastos en esta (Gonzáles, 2005).

Es comprobado a nivel mundial que los países que invierten más en atención primaria en salud son los países que tienen menores gastos y mayores niveles de salud poblacional. Perú no se ha mantenido ajeno a esa realidad y ESSALUD por su parte que congrega al 26% de la población nacional de trabajadores asegurados y sus familias, ha implementado un Plan de Fortalecimiento de los Centros de Atención Primaria, invirtiendo en ellos mayores recursos financieros y humanos con miras a poder cumplir con dicha estrategia. La cual debe acompañarse de un programa que promueva el cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria de Salud, así como el nivel de satisfacción de los usuarios (Cuba-Fuentes, Jurado & Estrella, 2011). Asimismo, el Ministerio de Salud creó el Modelo de Atención Integral por Etapas de Vida y ESSALUD las Unidades Básicas de Atención Primaria de Salud, ambas como parte de las evidencias de que el Estado peruano ha intentado ocuparse en el tema (Solari, 2013).

## **2. Modelo de atención integral de salud - MAIS**

El primer nivel de atención de salud es el espacio idóneo donde el personal del sector salud y la comunidad establecen vínculos respecto a las principales necesidades y circunstancias por las que los usuarios atraviesan, lo que permite aprovechar este espacio para que las autoridades en salud desarrollen proyectos que abarquen estas necesidades conjuntamente con la participación de la ciudadanía.

Es por esto que El Ministerio de Salud, en el año 2003, dio a conocer el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) como parte del marco referencial para el diseño de políticas de salud. “Este modelo comprende un conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que garantizan la atención integral a la persona, la familia y la comunidad con el propósito de alcanzar la satisfacción de sus necesidades. [...] En este modelo se ha propuesto una “responsabilidad compartida entre el sector salud junto a la sociedad y a otros sectores en las labores de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud” (MINSa, 2011,

pp. 17-18).

Dentro de la Reforma del Sistema de Salud peruano, una de las prioridades del Ministerio de Salud comprende a la estrategia referida al Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Por eso es necesario considerar que el Manual del Modelo de Atención Integral de Salud [MAIS] busca afianzar dicho objetivo mediante el funcionamiento óptimo del primer nivel de atención. “Esto gracias a un relacionamiento adecuado entre el primer nivel de atención y los otros niveles, que puede permitir que un promedio de entre 70% y 80% de las necesidades básicas, en cuanto a problemas de salud, sean resueltas” (MINSA, 2011, p. 21). Asimismo, el fortalecimiento del primer nivel de atención permite enfocar los servicios de salud hacia la obtención de calidad de los mismos, esto es posible gracias al apoyo de la comunidad y a la mejora de los procesos de atención, diseño y aplicación de instrumentos de garantía de la calidad en la atención.

Sin embargo, pese a que el primer nivel de atención es el lugar donde se llevan a cabo actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y rehabilitación, el MAIS enfoca el servicio de atención más en lo correctivo (recuperación y rehabilitación), dejando de lado la prevención y la promoción. Es por ello que el MAIS, para lograr su efectividad, debe anteponer la prevención y promoción sobre la rehabilitación y recuperación (MINSA, 2011b).

En resumen, los principales objetivos del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud ahora basado en familia y comunidad (MAIS-BFC) son priorizar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, priorizar la atención comunitaria con un enfoque extramural, pasar de un enfoque hospitalario a un enfoque basado en atención primaria privilegiada que brinde visitas domiciliarias a los usuarios. Por último, dejar atrás la visión de salud condicionado a la presencia de una enfermedad, por el contrario, enfocar la salud del usuario como un ser biopsicosocial, el cual lo atiende desde lo biológico, psicológico y social. (MINSA, 2011b)

### **3. La calidad de atención al ciudadano en el sector público en el Perú**

La Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública señala que debe existir un enfoque de orientación a la ciudadanía, por lo que en forma prioritaria el objetivo principal de toda entidad pública debe ser el de brindar un mejor servicio al ciudadano. Por ello, se ha publicado el Manual para Mejorar la Atención a la Ciudadanía en las Entidades de la Administración Pública, por parte de la Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros (2015), con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios públicos. En esta guía se presenta una serie de criterios y lineamientos de cumplimiento obligatorio, que buscan mejorar la atención a la ciudadanía, en la que se contempla el establecimiento de un

marco conceptual y de una serie de estándares para evaluar la calidad del servicio que se presta al ciudadano y poder hacer mejoras en el mismo.

En el Manual para Mejorar la Atención a la Ciudadanía en las Entidades de la Administración Pública, se presentan dos fundamentos teóricos: concepto de mejora de la atención y enfoque por demanda. En primer lugar, respecto al primero, se señala que para brindar una buena atención, debe interiorizarse todas las acciones o inacciones de la entidad que, a lo largo del ciclo de la gestión, impactan en el servicio final que se presta al ciudadano. En segundo lugar, el enfoque por demanda determina que las mejoras progresivas de la calidad se puedan centrar en las necesidades de la ciudadanía. Por ello, es necesario definir prioridades e intervenciones en los procesos de gestión, en base a las necesidades ciudadanas, con el fin de responder a las necesidades de las mismas (Presidencia del Consejo de Ministros, 2015)

Bajo la implementación de este enfoque por demanda, subyacen diversos lineamientos orientados a la provisión de un servicio público de calidad:

- Estado orientado a las necesidades de la ciudadanía: refiere a que la nueva visión del Estado debe centrarse en los servicios brindados a la ciudadanía.
- Calidad en la atención a la ciudadanía: Se busca implementar mejoras en la atención a través del desarrollo de capacidad y habilidades del personal, bajo la mentalidad de “hacer bien el trabajo” para que el ciudadano perciba una buena atención. Esto para aumentar la confianza de la ciudadanía ante el Estado, reducir costos y mejorar la imagen y reputación de sus diversas entidades públicas.
- Implementación de buenas prácticas de atención a la ciudadanía: Refiere a enfocarse en los procesos y equipos humanos desde los primeros escalones de la administración pública para promover buenas prácticas, que estén orientadas a mejorar la calidad del servicio brindado a la ciudadanía.
- Interculturalidad: Entendida como propuesta para la gestión y política pública que permita el reconocimiento de las diferentes culturas. De esta forma, se pueden crear servicios públicos “culturalmente pertinentes”, que pueden permitir generar en los ciudadanos percepciones y actitudes positivas e incrementar los niveles de confianza.
- Género: Refiere a que independientemente del rol que ejercen hombres y mujeres en la sociedad, pueden beneficiarse de los resultados de las políticas.
- Generación de incentivos y reconocimiento: Siendo que el personal puede ser el gestor en la implementación de mejoras, se contempla el establecimiento de un sistema de incentivos y reconocimiento para valorar su esfuerzo.
- Inclusivo: Refiere a que las acciones deben estar orientadas para que todos los ciudadanos tengan igualdad de oportunidades. Por ello, se busca brindar servicios de

la calidad y cantidad necesaria para satisfacer sus necesidades.

- Abierto: Implica promover la transparencia y accesibilidad de la información pública a los ciudadanos, fomentar la participación ciudadana, poseer capacidad de respuesta a las necesidades de los ciudadanos y rendir cuentas (Presidencia del Consejo de Ministros, 2015).
- Gestión por procesos: Cambio de enfoque de organización funcional a organización por procesos, basada en las “cadenas de valor” de cada entidad. Se buscan minimizar los riesgos a la seguridad o a la salud, inherentes en los procesos, tomando en cuenta los recursos disponibles (Presidencia del Consejo de Ministros, 2015).
- Simplificación administrativa: Con esto, se busca mejorar la calidad, la eficiencia de los procedimientos administrativos que la ciudadanía realiza ante la Administración Pública.

Asimismo, siguiendo estos lineamientos, el Modelo de Atención al Ciudadano trabaja con estándares, cada uno de ellos enfocados en dimensiones de la atención al ciudadano, así como los aspectos básicos de los procesos de atención. El estándar de atención que se relaciona a este trabajo se le denomina “Conocimiento de la ciudadanía - usuario de la entidad pública, el cual se enfoca en generar conocimiento en base a la información que proporcionan los ciudadanos, para la cual se trabaja con dos sub elementos:

- a. Identificación de las necesidades y expectativas para segmentar a la ciudadanía – usuario.
- b. Mecanismos y espacios de participación ciudadana para la mejora de los servicios públicos.

El inciso a) menciona la importancia de que las entidades públicas conozcan a su público objetivo, para luego planificar las mejoras que se puedan realizar en el servicio que brindan. Este considera herramientas como la encuesta SERVQUAL, que permite medir aspectos como las expectativas. Una vez que se mapea las expectativas de los usuarios, se procede a implementar mecanismos y espacios para que la ciudadanía forme parte de la mejora de los servicios, el inciso b) propone los siguientes:

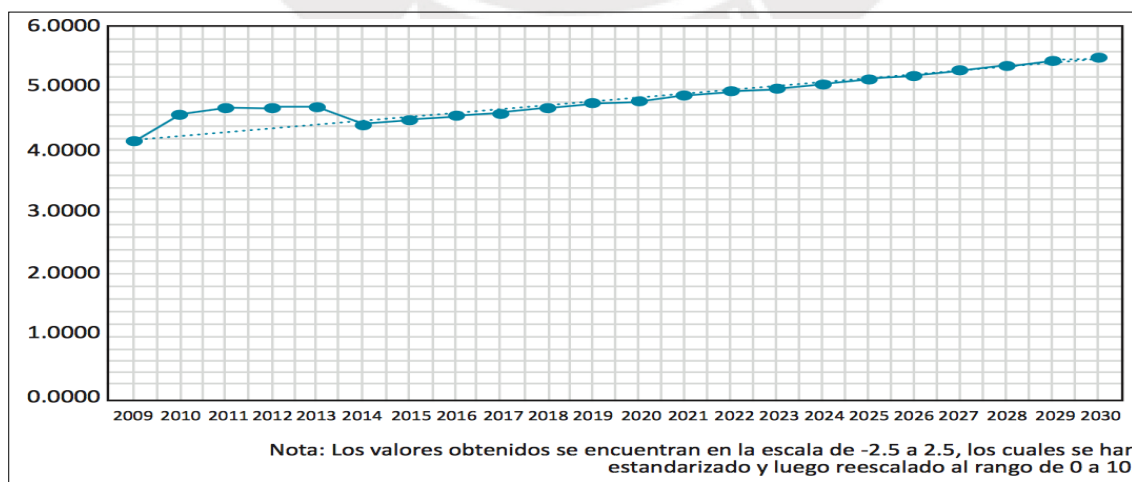
- Consejos de coordinación regional (CCR) y local (CCL): previstos en la LOGR y LOM, respectivamente, como principales espacios de participación ciudadana a nivel regional y local.
- Otros consejos de origen sectorial y mesas de concertación, comités de gestión.
- Junta de delegados vecinales.
- Juntas vecinales comunales.
- Presupuesto participativo.

### 3.1 Medición de la calidad de atención en los servicios públicos: Indicadores de Gobernabilidad del Banco Mundial - Indicador de Efectividad Gubernamental

Como se ha mencionado, la modernización del Estado de la Gestión Pública toma como uno de sus pilares a la Gobernabilidad y se ha encauzado en mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos peruanos. Esta se define como “un medio para ejercer el poder por parte de las instituciones del Estado, de manera eficaz y legítima, para enfrentar problemas prioritarios de una sociedad” (Panfichi & Alvarado 2011, p. 15). Esto permite empoderar al Estado y a los ciudadanos, a través de la gobernabilidad democrática, debido a que se crean espacios de participación ciudadana, donde se recogen las opiniones y se procesan, los cuales se plasman en políticas públicas.

Siguiendo esta misma línea, los Indicadores de Gobernabilidad permiten conocer el nivel en el cual se encuentra un país en comparación a otros en base a seis indicadores: Voz y Rendición de Cuentas, Control en la Corrupción, Estado de Derecho, Calidad regulatoria, Estabilidad política y Ausencia de Violencia, y Efectividad Gubernamental. Este último permite conocer la eficacia y calidad de los servicios públicos en base a las opiniones de los ciudadanos. Resumiendo, el Índice de Efectividad Gubernamental permite conocer “la percepción de la población sobre la calidad de los servicios públicos, la administración pública y su grado de independencia ante las presiones políticas, así como la formulación y aplicación de políticas que establece el Gobierno Central” (PCM, 2016, p. 81). El valor que aporta este índice es medir el funcionamiento y las acciones del Estado en base a las percepciones de los ciudadanos, así como evaluar la calidad de los servicios en base a la satisfacción de los mismos. La PCM ha proyectado los resultados de este índice hasta el año 2030, los cuales se presentan a continuación:

**Figura 4: Proyección del índice de efectividad gubernamental para el año 2030 en Perú**

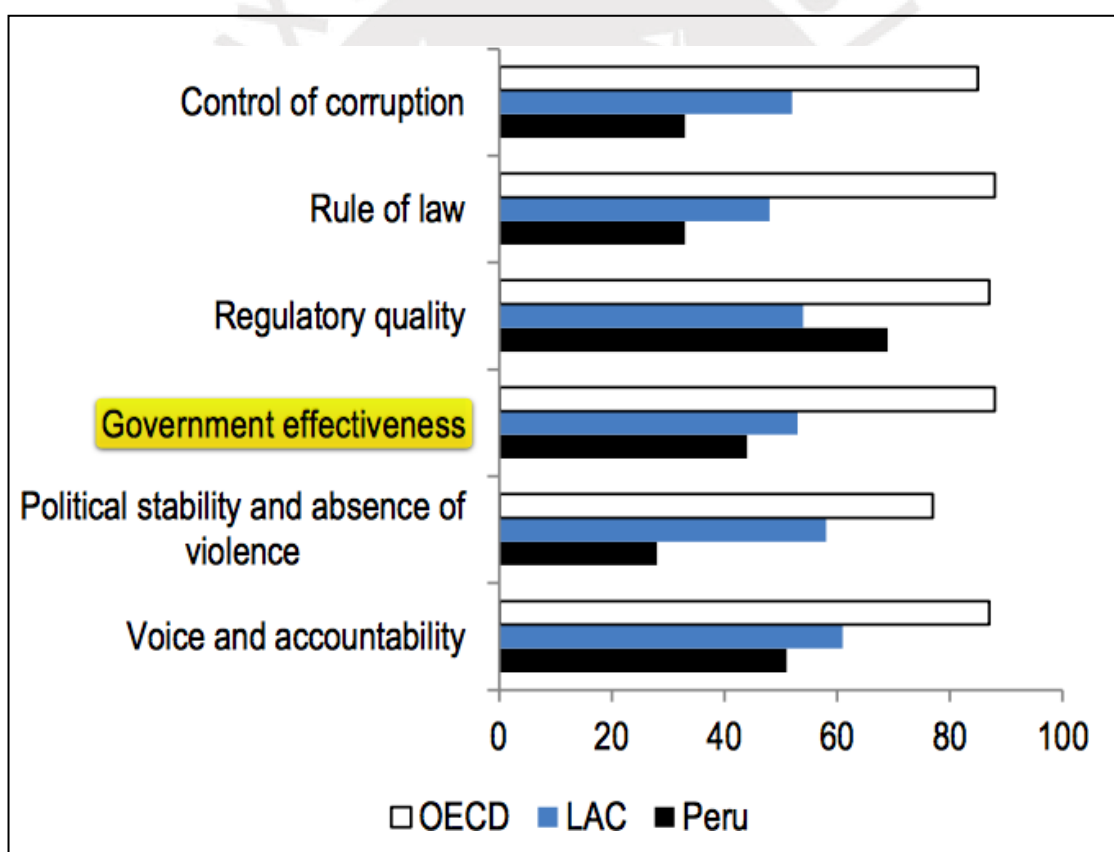


Fuente: Presidencia de Consejo de Ministros (2016).

Para entender estos resultados es necesario conocer lo siguiente: los resultados que obtenga cada país se miden de 0 a 100, siendo este el más alto. Estos valores se dividen en cuartiles (0%, 25%, 50%, 75% y 100%), el mejor cuartil se encuentra a partir de 75% y el peor, debajo de 25%.

A esto se le tiene que agregar que los últimos resultados obtenidos en el 2014 en este tema, y que se han publicado en la OCDE, *Public Governance Reviews*, que permiten comparar los resultados obtenidos en los Indicadores de Gobernabilidad entre Perú, los países que pertenecen al OCDE y los países de América Latina y el Caribe, no han sido favorables en el Índice de Efectividad Gubernamental. Perú se encuentra cerca del percentil número 50, mientras que los países se encuentran en la OCDE están sobre el percentil número 75 y los países que integran América Latina y el Caribe, sobre el percentil 50, como se muestra en la siguiente figura.

**Figura 5: Indicadores de gobernabilidad mundial, Perú comparado con el promedio de OCDE y de LAC, 2014**



Fuente: Presidencia de Consejo de Ministros (2016).

Si a estos resultados se le agrega las proyecciones que tiene la PCM, que se enfocan en superar el percentil 50, se concluye que queda un largo camino para trabajar y mejorar en variados aspectos para poder estar o alcanzar el percentil 75.

### **3.2 Medición de calidad de la salud en Perú**

En Perú, se ha implementado la normativa con la finalidad de mejorar la calidad de los servicios de salud. En el año 2006, se aprobó la Resolución Ministerial N.º 519-2006/MINSA que establece el Sistema de Gestión de Calidad en Salud con la finalidad de fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad de los servicios de salud. En esta, se establece un marco de referencia, en el que se incluyen un conjunto de principios, políticas, objetivos, componentes y niveles que deben implementarse en el Sistema de Gestión de Calidad. Así, se posibilita la mejora en los procesos, resultados, clima organizacional, satisfacción de los usuarios, trabajadores y proveedores de las entidades prestadoras del sector salud a nivel nacional (Ministerio de Salud, 2007).

La Política Nacional de Calidad en Salud establece que la meta referente a la calidad de atención al 2020 para Perú es alcanzar un sistema de salud que brinde una atención segura, efectiva, oportuna, equitativa, integral, consentida, respetuosa del derecho y dignidad de las personas (Ministerio de Salud, 2009). Otro de los esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios de salud fue la aprobación de la Norma Técnica Sanitaria de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, mediante la Resolución Ministerial N.º 456-2007/MINSA. Con esto se buscó impulsar la acreditación de los servicios de salud bajo un enfoque de procesos; esto significa que la gestión de calidad se estuvo orientando a la mejora de los procesos y procedimientos en salud. En este se ha incluido la implementación y evaluación periódica de estándares que están orientados a la construcción de una cultura de calidad en salud, y tengan como fin último la generación de una mayor satisfacción a los usuarios (Ministerio de Salud, 2007). Si bien ha habido avances en la elaboración de documentos normativos, en la actualidad existe una ausencia de reportes sobre el grado en que se han implementado las normas. Asimismo, existe una necesidad de obtener información necesaria que pueda ser utilizada en la toma de decisiones y que pueda permitir priorizar las mejoras más urgentes del servicio.

#### ***3.2.1 Encuesta nacional de satisfacción del usuario en salud - Superintendencia nacional de salud - SUSALUD***

La presente encuesta, conocida como ENSUSALUD, ha sido realizada por el Instituto Nacional de Informática y Estadística [INEI], con la finalidad de “realizar un seguimiento y valoración del funcionamiento y desempeño del sistema de salud en el país, a través de los principales actores (usuarios externos e internos de la atención brindada a través de las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud [IPRESS]” (2015, p. 11). Dentro de este objetivo, como principales *inputs* se considera las percepciones, experiencias y valoración por parte de los usuarios que se atienden a través de consulta externa en las IPRESS.

El cuestionario utilizado para alcanzar el fin mencionado líneas arriba, tiene como uno de sus indicadores el Grado de Satisfacción, que se define como “nivel de conformidad del usuario referente a la atención brindada por el personal en la IPRESS” (INEI, 2015, p. 12). Este puede permitir conocer el nivel de satisfacción de los usuarios en consulta externa a través de la temática “Satisfacción con el servicio”, que es uno de los factores a evaluar. Asimismo, esta encuesta fue realizada a nivel nacional, con una clasificación por departamentos. Se tomaron dos unidades muestrales: la primera, los establecimientos de salud del MINSA, ESSALUD, Fuerzas Armadas y Policiales, así como las clínicas privadas; y la segunda, enfocado en clasificar por consulta externa, boticas/farmacias, unidades de seguro, colaboradores del establecimiento, así como la parte del personal directivo o de gestión.

Cabe recalcar que este tipo de encuestas se realizó a través del convenio de Cooperación Interinstitucional entre el INEI y la SUSALUD. Además, en un inicio este tipo de convenio se daba entre ellos y la Superintendencia Nacional de Aseguramiento Universal y se le conocía como Encuesta Nacional de Satisfacción del Usuario del Aseguramiento Universal en Salud, que su última versión fue en el 2015. Ese mismo año se realizó ENSUSALUD, en la cual los resultados aparecen en la página oficial del INEI, sin embargo, se ha publicado solo las del año 2015, a pesar de que ya se ha aplicado la encuesta del 2016.

Los últimos resultados muestran que el 73.7% de los encuestados a nivel nacional se encuentran satisfechos en relación a los servicios de salud por consulta externa, lo cual es un aumento de más de cuatro puntos porcentuales con respecto a los resultados del 2014, específicamente, a nivel de Lima se tuvo un 79.5%. Para el caso de los establecimientos del MINSA, la satisfacción de los usuarios que se atendieron por consulta externa a nivel nacional ascendió a 72%, aumentando en más de cinco puntos porcentuales en comparación del 2014 (66.3%). Con respecto a la percepción del usuario en relación al personal administrativo, a nivel nacional, se considera el respeto por parte de ellos como la cualidad que mejor apreciación ha obtenido en la encuesta, representando un 79%. Le siguen amabilidad (76%), claridad en la información (72%), interés por atender (73%) y confianza, que representa un 73.3%. Sin embargo, para el caso del personal médico tratante, la apreciación por parte del paciente con respecto al respeto ascendió a 91%, ascendiendo en relación al año 2014 en menos de un punto porcentual (INEI, 2015b).

### **3.2.2 Mediciones SERVQUAL en el Perú**

Los estudios en SERVQUAL tienen diferentes aplicaciones y retos que permiten al investigador obtener nuevos conocimientos, por eso es primordial complementar la parte teórica con casos prácticos que permitan recoger información que pueda ser aplicada en el desarrollo de la presente investigación, así como disminuir los posibles errores en el trabajo de campo.

**a) Caso hospital Apurímac, Perú**

Para el caso del Hospital Apurímac, se aplicó la encuesta SERVQUAL en el área de Hospitalización, con una muestra total de 175 usuarios de una población total de 320, se dividió en una serie de variables: sexo, grupo etario, nivel de estudio, servicio de las cuales incluyeron los siguientes criterios del paciente. Asimismo, también se consideraron variables como el tiempo de hospitalización, tipo de seguro y condición del encuestado (acompañante o paciente). Estas variables estuvieron analizadas mediante el análisis bivariado y multivariado empleando regresión logística con el software estadístico SPSS v. 18.0, donde las variables mencionadas párrafos arriba son consideradas independientes, y la satisfacción como variable dependiente. Como principales limitaciones del estudio se encontraron la falta de validación de la encuesta y la alta frecuencia del bajo nivel educativo de los entrevistados. Para controlar este aspecto, se profundizó en el entrenamiento de los entrevistadores en la metodología SERVQUAL.

**b) Caso hospital nacional Arzobispo Loayza, Perú**

Para el presente caso, se aplicó la encuesta SERVQUAL modificada, es decir que de las 22 preguntas pares originales, se redujeron a 18 preguntas, debido a que estas tienen mayor relevancia en los servicios de salud, así como el impacto que han tenido en el país. Asimismo, de las 18 que quedaron, se les agregó cinco preguntas enfocadas en las dimensiones de la calidad. Por lo tanto, el instrumento utilizado constó de 18 preguntas de datos generales del encuestado, 18 preguntas sobre percepción de los servicios percibido, 18 preguntas sobre expectativas del servicio y cinco preguntas sobre priorización de las dimensiones de la calidad. La muestra calculada fue de 248 usuarios, los cuales fueron seleccionados por muestreo aleatorio sistemático, cumpliendo las siguientes características: usuarios de Medicina Interna, edad entre 18 y 70 años, sin alteración de conciencia y capaces de comunicarse en español, que hayan aceptado voluntariamente participar del estudio y que sean usuarios continuadores o nuevos del servicio.

**c) Caso hospital III Iquitos - 2016, Perú**

Para el presente caso, se aplicó la encuesta SERVQUAL modificada para su uso en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo validada por ESSALUD, asimismo, igual que los anteriores casos se trabajaron con 22 preguntas de expectativas y 22 preguntas de perspectivas. La muestra fue de 383 usuarios de consulta externa. Los factores asociados a la calidad consideraron si los usuarios eran pacientes o acompañantes, edad, sexo, grado de instrucción, así como si el paciente es nuevo o continuador. Estos estuvieron analizados por análisis factorial. Dentro de las limitaciones que ha presentado el estudio fue el enfoque, ya que este estuvo centrado en solo evaluar la atención médica, cuando se reconoce que uno de los factores más importantes para lograr una evaluación objetiva de la percepción de calidad de un establecimiento de salud es el análisis de la atención por grupo profesionales.

### 3.3. Los procesos del sector salud y stakeholders.

Si se centra en el sector salud, las especificaciones que caracterizan al sector salud obliga a que la GpP tenga un enfoque diferente al momento de aplicar a las organizaciones que se encuentran en ese sector: “Sector salud no es una organización propiamente dicha, o una empresa sensu stricto; entonces pretender aplicarle el análisis para la GpP revela que es forzado como ejercicio” (Robles & Díaz, 2017, p. 35). Este sector no es aislado, sino que interactúa con sus iguales con la finalidad de alinear objetivos, para esto es necesario mencionar que cada acción que se toma en ese sector está basada en el Principio de legalidad, que subordina a las organizaciones del sector público a basar sus actividades en una norma determinada. Una vez que se tiene claro este panorama, se tienen que delimitar los procesos que se tienen en este sector, cada uno de ellos clasificados según los tipos de procesos mencionados líneas arriba. Para eso es necesario volver a mencionar a Robles y Díaz (2017), los cuales los clasificaron de la siguiente manera:

- Procesos estratégicos:
- Diseño e implementación de políticas públicas de salud.
- Identificación de recursos necesarios en salud.
- Diseños, articulación e integración del sistema de salud.
- Diseño e implementación de la política de acceso a la atención.
- Planificación sanitaria a largo plazo.
- Concertación presupuestal y de financiamiento.
- Procesos operativos o misionales.
- Formulación y aplicación del marco legal y normativo.
- Mejoramiento de la situación de salud / protección y promoción de la salud.
- Diseño e implementación del modelo de atención en salud.
- Fortalecimiento de las funciones esenciales en salud pública - FESP en el nivel regional y nacional.
- Procesos de soporte o apoyo.
- Fiscalización y control de la aplicación de la regulación y normativa.
- Medición periódica del cumplimiento de las FESP, del nivel nacional y regional.
- Supervisión de la calidad de atención en salud.
- Supervisión de seguros de salud.
- Priorización del gasto en salud.

Todos los procesos tienen un triple rol, ya que el producto de unos procesos viene a ser el producto de otro, obviando a los procesos iniciales y finales. Estos roles derivan en tres: cliente interno, transformador y proveedor interno. Es necesario mencionar que teniendo en

cuenta estos aspectos, se pueden determinar las interrelaciones entre entidades, así como delimitar los cuellos de botella, lo cual se puede contrarrestar asignando mayores recursos para disminuirlos (Presidencia de Consejo de Ministros, 2015). Para poder hacer un análisis de los procesos de una organización, también es necesario conocer a los Stakeholders que intervienen, así como conocer sus requerimientos y expectativas. Entre los principales actores se tienen a los siguientes:

- Ministerio de Salud como ente rector.
- Las instituciones prestadoras de servicios de salud – IPRESS.
- Las sociedades civiles.
- Los compradores o financiadores - Ministerio de Economía y Finanzas.
- Entidades formadoras de recursos humanos en salud.
- Las entidades productoras o comercializadoras de otros recursos en salud.
- Gobiernos regionales y locales así como otros ministerios.
- Establecimientos de salud privados.
- La sociedad en general.

La siguiente tabla delimita a los actores, así como sus expectativas y los productos que se esperan:

**Tabla 1: Actores relacionado a sus expectativas y los productos que esperan**

ACTORES	EXPECTATIVAS Y NECESIDADES	PRODUCTOS QUE ESPERAN
MINISTERIO DE SALUD (Rector)	Ejercer la Rectoría Sectorial	Contribuir a mejorar el nivel de salud de la población
PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD EESS - SMA	Brindar atenciones de salud Reglas claras Autorizaciones Calificación aprobatoria	Leyes, Reglamentos de Leyes Documentos Normativos
FINANCIADORES Y COMPRADORES INSTITUCIONALES DE SERVICIOS DE SALUD	Financiar y comprar servicios de salud. Ofertar cobertura / atenciones de salud Reglas claras Autorizaciones	Leyes, Reglamentos de Leyes Documentos Normativos
FORMADORES DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	Ofertar formación profesional en salud Ofertar formación técnica en salud. Campo clínico Reglas claras	Leyes, Reglamentos de Leyes Documentos Normativos
PRODUCTORES O COMERCIALIZADORES DE OTROS RECURSOS EN SALUD	Ofertar sus productos (bienes o servicios) Reglas claras Autorizaciones Licencias	Leyes, Reglamentos de leyes Documentos normativos
ENTIDADES DEL ESTADO CON ACTIVIDADES DE IMPACTO SOBRE LA SALUD	Desarrollar sus actividades Reglas claras	Leyes, Reglamentos de leyes Documentos normativos
ENTIDADES PRIVADAS CON ACTIVIDADES DE IMPACTO SOBRE LA SALUD	Desarrollar sus actividades Reglas claras Autorizaciones, Licencias	Leyes, Reglamentos de leyes Documentos normativos
SOCIEDAD CIVIL RELACIONADA A SALUD	Acceso a atenciones de salud Mejorar el nivel de salud de la población Servicios de salud con calidad, Reglas claras Protección de sus derechos	Atenciones de salud Situación de salud de la población Ejercicio del derecho a la salud
POBLACIÓN EN GENERAL	Acceso a atenciones de salud Cobertura de servicios No barreras de acceso (económicas), Reglas claras Protección de sus derechos	Atenciones de salud Situación de salud de la población Ejercicio del derecho a la atención en salud Cobertura prestacional Cobertura nanciera

Fuente: Robles y Díaz (2017).

## **4. Contexto actual del establecimiento de salud CMI Juan Pablo II**

Según el Análisis Situacional de Salud del CMI Juan Pablo II del 2016, este se encuentra ubicado en el Sector 6A, entre Las Av. César Vallejo y Pastor Sevilla. Este CMI brinda servicios de salud, realiza acciones tanto de tratamiento, preventivas, así como promocionales de la salud humana, teniendo un apoyo constante de las organizaciones vecinales, comerciantes y organizaciones privadas. Asimismo, brinda servicios a los asegurados del SIS por consulta externa.

### **4.1. Misión**

Brindamos atención integral de salud altamente especializada a la población peruana con calidad, calidez, equidad, interculturalidad, desarrollando actividades docentes y de investigación en manera conjunta.

### **4.2. Visión**

Somos un Centro Materno Infantil que brinda servicios humanizados y de excelencia para la plena satisfacción del usuario, contando para ello con capital humano certificado y tecnología de punta, desarrollando además la docencia e investigación especializada.

### **4.3. Características de un establecimiento de salud de categoría I4**

Según el Ministerio de Salud (2016a) la Norma Técnica de Salud, regulada por la Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, se tiene que considerar los siguientes aspectos técnicos:

- Cada establecimiento de salud tiene una caracterización que les permite medir sus niveles de complejidad de atención y características funcionales comunes. Bajo este enfoque, el Centro Materno Infantil [CMI] Juan Pablo II está categorizado como un centro de primer nivel de atención, con categoría I - 4.
- Esta categoría se caracteriza por poseer camas de internamiento y cumple funciones como brindar atención integral de salud a las personas por etapa de vida según las necesidades de la comunidad, participar en las actividades de educación permanente en salud, realizar la gestión del establecimiento, participar en el análisis del proceso de atención de salud, brindar apoyo técnico a equipos básicos de salud.
- Las especialidades que brinda el Centro Materno Infantil [CMI] son conocidas como Unidades Productoras de Servicios de Salud [UPSS], cada una de estas brinda funciones homogéneas y produce determinados servicios de salud, en relación directa a su nivel de complejidad. La norma también acota que se consideran solo aquellas Unidades Productoras de Servicios de Salud [UPSS] que dan soporte al proceso de atención a través de los servicios que producen.

Actualmente con el cambio de enfoque del Ministerio de Salud [MINSA], el Centro Materno Infantil [CMI] pierde funciones gerenciales, debido a que ya no se utilizan las redes

para gestionar los establecimientos de salud, sino que todo tipo de comunicación es directamente a través de la Direcciones de Redes Integradas de Salud [DIRIS]. Por ello, el Centro Materno Infantil [CMI] Juan Pablo II ya no supervisa a los cinco puestos que antes estaban a su cargo. Esto ha ocasionado que haya una reducción de empleados. Actualmente, el Centro Materno Infantil [CMI] cuenta con el siguiente personal a tiempo completo.

**Tabla 2: Cantidad de colaboradores con la que cuenta el establecimiento**

Establecimiento de Salud	Relación del RRHH	N° RHH	Modalidad de Contrato			Tiempo De Dedicación
			CAS	099	NOMBRADO	
CMI Juan Pablo II	Médico	03	X			Completo
	Lic. Enfermería	02	X		X	Completo
	Tec. Enfermería	01		X		Completo
	Tec. Enfermería	02			X	Completo
	Psicóloga	01		X		Completo

Fuente: Centro Materno Infantil Juan Pablo II (2016).

En consulta externa, existe la siguiente cartera de servicios, lo cual se detalla en el siguiente cuadro:

**Tabla 3: Cartera de servicios del CMI Juan Pablo II**

Consulta Externa	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Medicina General<sup>3</sup></li> <li>● Gineco Obstetricia</li> <li>● Cardiología</li> <li>● Pediatría</li> <li>● Salud Mental - Psicología</li> <li>● Odontología</li> <li>● Inmunizaciones</li> <li>● CRED (Crecimiento y Desarrollo)</li> <li>● Alimentación y Nutrición</li> <li>● Control Prenatal</li> <li>● Planificación Familiar</li> <li>● Prevención y Detección de Cáncer</li> </ul>	Lunes a sábado - 12 horas
Emergencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Urgencia y Emergencia médicas</li> <li>● Urgencias y Emergencias Gineco Obstétrica</li> <li>● Tópico de Inyecciones y Nebulizaciones</li> </ul>	Lunes a domingo - 24 horas
Centro Obstétrico	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Atención de partos</li> <li>● Atención del recién nacido</li> </ul>	Lunes a domingo - 24 horas

<sup>3</sup> Los consultorios de medicina general también atienden a pacientes relacionados a las estrategias que plantea el MINSA, por ejemplo, la médica Gisela Paniagua pertenece al cuerpo médico del consultorio de medicina general, sin embargo, un porcentaje menor de los pacientes que atienden lo hacen a través del Programa de prevención y control del cáncer. Caso similar sucede con el médico Higinio Galindo, quien es coordinador del Programa de infecciones de transmisión sexual - VIH.

**Tabla 3: (Continuación)**

Centro Quirúrgico	<ul style="list-style-type: none"><li>● Intervenciones quirúrgicas</li></ul>	Lunes a sábado - 12 horas
Farmacia	<ul style="list-style-type: none"><li>● Dispensación de medicamento, dispositivos médicos y producto farmacéuticos</li></ul>	Lunes a domingo - 24 horas
Patología Clínica	<ul style="list-style-type: none"><li>● Procedimiento de laboratorio</li></ul>	Lunes a domingo - 24 horas
Diagnóstico por Imágenes	<ul style="list-style-type: none"><li>● Radiología convencional</li><li>● Ecografía general</li></ul>	Lunes a sábado - 12 horas Lunes a sábado - 6 horas

Fuente: Centro Materno Infantil Juan Pablo II (2016).

#### **4.4. Perfil del paciente que se atiende en el CMI Juan Pablo II**

Los pacientes que se atienden en el Centro Materno Infantil [CMI] están circunscritos al distrito de Villa el Salvador, cuentan con un nivel académico de secundaria completa. Las principales actividades laborales de los pacientes son comercio (formal e informal), industria (pequeña y mediana empresa), agricultura (cultivo de plantas ornamentales) y pesca artesanal. A esto se le agrega que la conducción de los puestos formales está a cargo, en su mayoría, de mujeres.

#### **4.5. FODA CMI Juan PABLO II**

##### **4.5.1. Fortalezas**

- Personal comprometido con su labor asistencial (médica y técnica de enfermería), que llevan trabajando un número considerable de años en el Centro Materno Infantil [CMI].
- En el CMI se brinda servicios de especialidades como Ginecología y Obstetricia\* que otros centros no brindan.
- Cuenta con un número de expertos en ginecología considerable que permite satisfacer la demanda del público por estos servicios en específico.
- Existen capacitaciones enfocadas en el personal asistencial, por parte del Ministerio de Salud [MINS].
- El cambio del sistema de atención por tickets al nuevo sistema de citas, a mediados del año 2017, ha logrado que la gente ya no realice largas esperas por un turno de atención, sino que ya tiene una hora de atención consignada.
- El Centro Materno Infantil [CMI] tiene una ubicación estratégica debido a que se encuentra entre dos avenidas principales (Vallejos y Pastor Sevilla).

##### **4.5.2. Debilidades**

- A pesar de que se han abierto nuevas áreas de servicio, el personal no ha incrementado; la responsabilidad de las nuevas áreas recae en el personal asistencial ya existente. Por lo tanto, existe una falta de recurso humano para poder satisfacer la

demanda de servicios.

- La comunicación entre distintas áreas del CMI se ha debilitado a medida que la organización ha ido creciendo, de manera que ahora las reuniones más frecuentes son las que se dan dentro de cada área y no entre estas.
- El área de Admisión es considerada por la gran mayoría de trabajadores del Centro Materno Infantil [CMI] como el cuello de botella que retrasan el proceso de atención en general.
- En el área de Admisión, existe un sistema de documentación tradicional y arcaica: no existe digitalización de las historias clínicas y el archivamiento es manual.
- En el área de Admisión no existe personal fijo (alto nivel de rotación), por lo que existen problemas de compromiso y para ubicar las historias clínicas.
- Existe una parte de trabajadores del CMI que no recibe incentivos de carácter verbal y/o emocional por la labor realizada.
- El personal no se siente reconocido por las labores que realiza, a pesar de que alcanza metas institucionales.
- Las capacitaciones son exclusivamente para el personal asistencial y son poco constantes. Además, estas no son dirigidas al personal administrativo.

#### **4.5.3. Oportunidades**

- Asociaciones con otras organizaciones para alcanzar metas institucionales (Campañas de vacunación, etc.).
- La falta de servicios especializados en la zona, permite que el CMI reciba una atención preferencial por parte del Ministerio de Salud [MINSA] en la designación del presupuesto.

### **5. Servicio de medicina general**

El servicio de Medicina General es la especialidad principal que constituye el primer nivel de atención médica. Este servicio se brinda a los usuarios por medio de la consulta externa, la cual constituye una de las tres Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que forman parte de dicho servicio. La UPSS es la que determina la capacidad resolutoria, nivel de complejidad y características funcionales de un establecimiento. Lo cual se logra gracias a las Unidades productoras de servicios (UPS) que la conforman, las cuales son unidades funcionales básicas de un establecimiento de salud constituida a su vez por recursos humanos y tecnológicos, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos entre otros (MINSA 2011c).

Entonces, el servicio de consulta externa de la especialidad de Medicina General estará conformado por la UPSS de Consulta Externa, UPSS de Farmacia y la UPSS de Patología Clínica, esta última no entrará en el análisis del presente estudio por no ser contemplada en el

cuestionario SERVQUAL. Asimismo, las UPS que intervendrán en el mencionado servicio serán las de Admisión y Triage. Por otro lado, el profesional que está en el servicio de Medicina General se encarga de diagnosticar diferentes tipos de patologías y derivar, en caso sea necesario, a otros servicios especializados para un mejor tratamiento. Como se muestra en la siguiente tabla, los ambientes físicos, en su mayoría, están dedicados al servicio de medicina general. Cada uno de esos consultorios atiende a 25 personas cada uno. Asimismo, la atención se da en dos horarios: mañana y tarde. El presente servicio tiene un público objetivo, según grupo etario, a los niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores. Según el Análisis de Situación de Salud [ASIS] de Lima Metropolitana 2016, en el 2014 el tiempo promedio percibido en el diferimiento de citas fue de 18 días y el tiempo promedio percibido por el usuario externo desde que ingresa al establecimiento hasta que se da su atención en el consultorio fue de 81 minutos ese mismo año.

**Tabla 4: Cantidad de ambientes físicos por especialidad del establecimiento**

Denominación	Ambientes Físicos	Cantidad	Estado
<b>Admisión - Consultorio Externo</b>	Triage	1	Buen estado
	Farmacia	1	Buen estado
	Admisión	1	Buen estado
	Nutrición	1	Buen estado
	Servicio Social	1	Buen estado
	Psicología	1	Buen estado
	<b>Consultorio de Medicina General</b>	<b>5</b>	<b>Buen estado</b>
	Consultorio Obstétrico	1	Buen estado
	Consultorio de Planificación Familiar	1	Buen estado
	Control de Crecimiento en el niño	3	Buen estado
	Programa de Inmunización	1	Buen estado
	Servicios Higiénicos	4	Buen estado
	Consultorio Dental	1	Buen estado
	Sala de Espera	2	Buen estado

Fuente: Centro Materno Infantil Juan Pablo II (2016).

La población estimada para el año 2017 fue de 741, 987 habitantes en el distrito de Villa el Salvador. El crecimiento está ligado al término dinámica poblacional, que se ve influenciado por la natalidad, morbilidad y migración de los habitantes de determinada zona. Esta población está caracterizada con un fuerte componente de pobreza. Si se compara con los

otros distritos que formaban parte de la Dirección de Red de Salud Juan Pablo II, Villa el Salvador representa el 25.9% de pobreza.

Cada establecimiento de salud del Ministerio de Salud [MINSA] tiene una población asignada para el 2017, en el caso del Centro Materno Infantil [CMI] Juan Pablo II, está ascendió a 60 772 personas. Para ese mismo año, el nivel de atendidos por el Seguro Integral de Salud [SIS] ascendió a 15 168 personas y el número de atenciones fueron de 74 808. Cabe recalcar que, al ser un Centro Materno Infantil, se atiende en mayor proporción a mujeres en comparación de hombres, siendo el grupo de las adultas (36%) las que más atenciones realizan. Es necesario mencionar que, en el año 2015, a nivel nacional, la Oficina de Epidemiología indicó que, por usuario del servicio, el indicador de Intensidad de Uso fue de 5.9 atenciones al año y cada atención tuvo una duración promedio de 12 minutos.

**Figura 6: Porcentaje de pobreza según distritos pertenecientes a la Dirección de Red de Salud Juan Pablo II**



Fuente: Centro Materno Infantil Juan Pablo II (2016).

**Tabla 5: Cantidades totales de atendidos y atenciones por grupo etario del establecimiento**

Grupo Etareo	Atendidos			Atenciones	
	Total	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
<b>Total General</b>	<b>15.168</b>	<b>472</b>	<b>10.448</b>	<b>20.81</b>	<b>53.998</b>
Niños	2.9	1.515	1.385	11.802	10.302
Adolescentes	1.155	493	662	1.568	2.774
Jóvenes	3.939	765	3.174	2.053	17.685
Adultos	5.447	1.261	4.186	3.149	19.408
Adultos Mayores	1.727	686	1.041	2.238	3.829

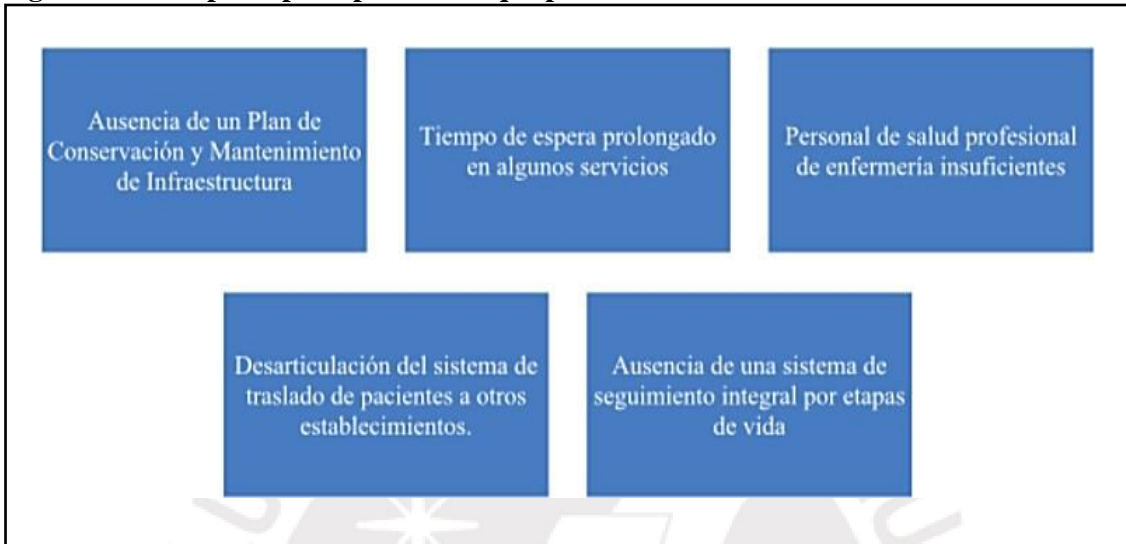
Fuente: Centro Materno Infantil Juan Pablo II (2016).

## 6. Problemas con la oferta del CMI Juan Pablo II

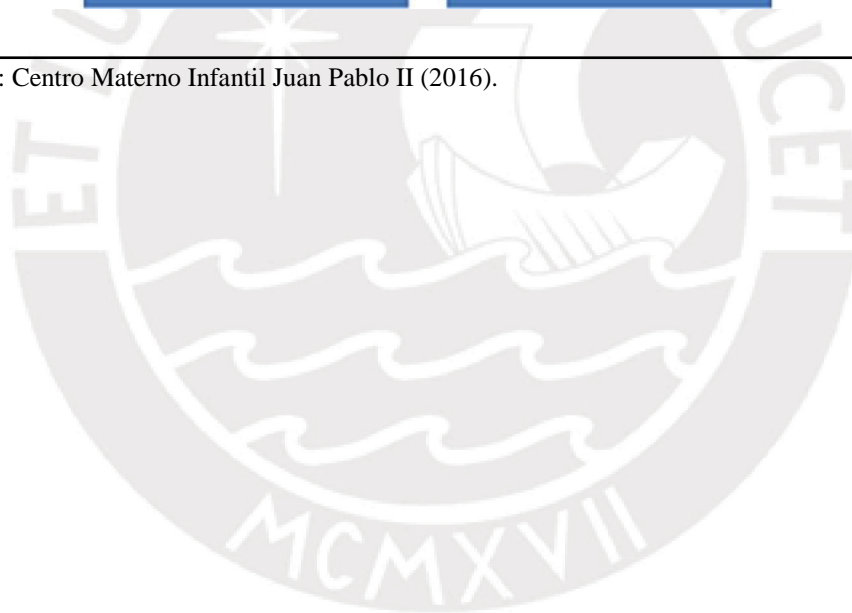
La disponibilidad de puestos de salud en el distrito de Villa el Salvador es de 13 por cada 100 mil habitantes, la atención que da en cada uno de estos establecimientos se diferencia entre postas médicas y centro maternos infantiles, los últimos tienen atención de 24 horas en

internamiento para partos. Asimismo, los CMI brindan atención de consulta externa por 12 horas. Sin embargo, dentro de los servicios especializados, solo el CMI Juan Pablo II tiene el servicio quirúrgico para el caso de emergencias y urgencias ginecológicas y se programan intervenciones quirúrgicas ambulatorias en coordinación con el Hospital María Auxiliadora. A pesar de esto, el CMI presenta una serie de problemas.

**Figura 7: Cinco principales problemas que presenta el establecimiento**



Adaptado de: Centro Materno Infantil Juan Pablo II (2016).



## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno. La investigación es muy útil para distintos fines: crear nuevos sistemas y productos; resolver problemas económicos y sociales; ubicar mercados, diseñar soluciones y hasta evaluar si se ha hecho algo correctamente o no (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

### **1. Objetivo de la investigación**

Se busca medir los niveles de calidad del servicio de Medicina General y analizar las posibles causas de las brechas, mediante la descripción de las percepciones y expectativas que tiene el paciente.

### **2. Alcance de la investigación**

La investigación tiene diferentes alcances de acuerdo a la estrategia empleada para el análisis del tema y del contexto a estudiar. Es así que el alcance puede ser exploratorio, descriptivo, correlacional y explicativo (Hernández, Fernández & Baptista, 2014). La presente investigación es de alcance descriptivo porque se busca estudiar las características del servicio de Medicina General y los sucesos tal cual sucedieron, dando énfasis a la precisión de los hechos con el objetivo de formular conclusiones a partir de él. Esta clase de estudios permiten detallar situaciones y eventos, es decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno y busca especificar propiedades de un grupo sometido a análisis (Hernández, Fernández & Bautista, 2014).

### **3. Tipo de diseño metodológico**

#### **3.1 Enfoque de la Investigación**

El presente trabajo de investigación posee un enfoque tanto cualitativo como cuantitativo, es decir mixto, los cuales se fundamentan a continuación. Se trata de un estudio con enfoque cualitativo, porque la investigación ha generado conocimiento durante el proceso y se ha perfeccionado conforme se ha ido recabando más datos como resultado del estudio. Asimismo, “el enfoque cualitativo de este estudio ha evaluado el desarrollo natural de los sucesos, es decir, no hay manipulación de la realidad [...] Es así que el investigador se introduce en las experiencias de los participantes y construye el conocimiento a partir de este” (Hernández et al., 2014, pp. 8-9). De la misma manera Grinnell y Creswell (citado en Castro, 2010) describieron las investigaciones cualitativas como estudios donde los significados se extraen de los datos y se presentan a otros. No se necesita reducirlos a números, ni tampoco deben analizarse de forma estadística. Es decir, en la presente investigación se extrapola la información obtenida en el trabajo de campo para el análisis de los resultados, con la finalidad de plantear una propuesta de mejora en el servicio de Medicina General del CMI.

Por otro lado, la investigación también es de tipo cuantitativo, ya que dentro de las herramientas para evaluar la calidad en el CMI Juan Pablo II, se han utilizado las encuestas con elementos cuantitativos como la escala de Likert. Esta permite medir actitudes, según los enunciados que se les presente en la encuesta, así se puede conocer tanto lo positivo como lo negativo del enunciado (Udanondo, 2012).

Los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta SERVQUAL han sido analizados posteriormente con el programa *Microsoft Excel* así como el programa SPSS, para la generación de cuadros estadísticos descriptivos los cuales han permitido visualizar tendencias así como en qué dimensión se debe enfocar los lineamientos de las recomendaciones. Asimismo, han permitido conocer las brechas entre expectativas y perspectivas de cada una de las dimensiones contenidas en la encuesta.

### 3.2 Estrategia general de la investigación

El diseño se refiere “al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea, este puede ser experimental y no experimental” (Hernández et al, 2014, p.128). Particularmente, la estrategia a abordar en la investigación es el estudio de caso, pues se busca comprender el funcionamiento del servicio de Medicina General del CMI Juan Pablo II al detalle, a través de la calidad percibida del servicio. Se ha hecho uso de múltiples técnicas de recolección de información, tanto cuantitativas como cualitativas, de manera que permitan asegurar el objetivo final de la investigación.

**Tabla 6: Estrategia de la investigación en base a seis fases**

	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	FASE 5	FASE 6
Herramienta	Encuesta SERVQUAL	Análisis de datos en base a la fase 1 utilizando los programas Microsoft Excel y SPSS.	Diagrama IP en base al análisis de datos de la fase 2.	Entrevistas a profundidad a personal clave del CMI en base a los resultados de la fase 3	Planteamiento del Diagrama Pareto en base a los resultados de la fase 4	Elaborar los diagramas Ishikawas en base a los resultados de la fase 5 y proponer los lineamientos de recomendación.
Sujeto/objeto de estudio	Pacientes de Medicina General del CMI	Datos obtenidos en la encuesta SERVQUAL	Datos obtenidos en la fase 2	Personal asistencial y administrativo del CMI.	Datos obtenidos en la fase 4	Datos obtenidos en la fase 5

**Tabla 6: (continuación)**

	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	FASE 5	FASE 6
Finalidad	Conocer las brechas entre las percepciones y expectativas de las dimensiones del SERVQUAL.	Conocer la calidad del servicio en base al consolidado de los resultados obtenidos por medio de la aplicación de la encuesta SERVQUAL y el posterior análisis de los mismos.	Determinar los aspectos claves a enfocarse en las fases posteriores	Conocer cuáles son las posibles causas que generan los resultados obtenidos en la fase 3 para poder realizar la fase 5 y 6	Determinar los principales ítems a analizar en la fase 6	Analizar las posibles causas y proponer lineamientos de recomendaciones.

### 3.3 Horizonte temporal de la investigación

La investigación que se ha realizado es no experimental de tipo transaccional o transversal, pues tiene como objetivo recolectar información en un único momento en el tiempo. Asimismo, se buscó describir las percepciones y expectativas de los pacientes que acuden al servicio de Medicina General y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Específicamente, esta investigación es de tipo transaccional descriptiva, ya que se propuso “indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población” (Hernández et al., 2014, p. 154). Es decir, en la presente investigación se ha analizado las diferentes variables del estudio en un determinado periodo de tiempo. Por lo tanto, el horizonte temporal con el que se ha trabajado ha sido en el primer semestre del año 2018, siendo el mes de junio el escogido para el levantamiento de información bajo el criterio de conveniencia.

### 4. Delimitación de la población

La población está compuesta por pacientes que se atienden en el servicio de Medicina General en el CMI Juan Pablo II ubicado en el distrito de Villa el Salvador. Estos usuarios pueden ser nuevos o continuadores, que pertenezcan al grupo etario entre 18 y 65 años, de sexo masculino o femenino indistintamente, sin ninguna alteración de conciencia y capaces de comunicarse en español. Asimismo, estos pueden ser usuarios o acompañantes que estén asegurados o no y que posean cualquiera de los siguientes niveles académicos: analfabeto, primaria, secundaria, superior técnico y superior universitario. Por último, deben mostrar

aceptación voluntaria de participar en el estudio luego de haber sido informados de los objetivos del estudio.

#### 4.1 Muestreo

El muestreo probabilístico es utilizado en diseños de investigación transaccionales donde las unidades muestrales tienen valores muy parecidos a los de la población, de manera que las mediciones en el subconjunto dan estimados precisos del conjunto mayor (Hernández et al., 2014). De esta manera, señaló que “se busca que las unidades seleccionadas puedan tener la misma probabilidad de ser elegidas para la muestra” (p. 176). Finalmente, la selección y tamaño de la muestra de esta investigación se ha realizado en base a la Guía Técnica del MINSA-SERVQUAL modificada.

##### 4.1.1. Tamaño de la muestra

Con la finalidad de obtener una muestra que sea representativa de la población, se ha utilizado la siguiente fórmula de cálculo de porcentajes para investigación descriptiva:

La fórmula para el cálculo de la muestra es la siguiente:

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

Tabla 7: Cálculo de la muestra

		Categoría I
n	Tamaño de muestra	219.41
p	Proporción de usuarios externos que espera que se encuentren insatisfechos	0.5
q	Proporción de usuarios externos que espera que se encuentren satisfechos. Su valor es (1-p)	0.5
e	Error estándar de 0.05 o 0.1 según categoría del establecimiento	0.1
Z	Valor de “Z” para el intervalo de confianza 95%. El valor de “z” es igual a 1.96	1.96
N	Población de usuarios externos atendidos en el último año o semestre en los servicios de consulta externa	510.28

Adaptado de: Ministerio de Salud (2011a).

Si bien el MINSA recomendó que se considere la población de usuarios atendidos en el último año o semestre, por conveniencia del estudio, se consideró el mes junio para la aplicación de la encuesta SERVQUAL. Por ello, se ha tomado el número total de atendidos en Medicina General en los meses de mayo y junio de los últimos cuatro años (2014, 2015, 2016 y 2017), ya que se está considerando el crecimiento entre esos meses para la obtención de la muestra.

**Tabla 8: Tasa de crecimiento de atendidos en Medicina General entre los años 2014-2017**

	Meses/Edad	ATENDIDOS EN MEDICINA GENERAL				Tasa crecimiento
		18 años - 29 años	30 años - 59 años	60 años a más	TOTAL	
Año 2014	may	97	85	40	222	-18.9%
	jun	81	67	32	180	
Año 2015	may	32	45	23	100	48.0%
	jun	47	67	34	148	
Año 2016	may	40	59	57	156	30.1%
	jun	60	91	52	203	
Año 2017	may	77	173	118	368	16.6%
	jun	111	209	109	429	
						18.9%

Como se muestra en la tabla 8, se obtuvo la tasa de crecimiento promedio en los meses de mayo y junio de estos cuatro años, que resultó ser 18.9%. Al total de atendidos en el mes de junio 2017, se le añadió este factor de crecimiento. Así se logró obtener la población aproximada de usuarios externos que se atendieron en junio del 2018, que fue 510.28 pacientes, redondeando a 511 pacientes. Según la Guía Técnica del MINSA, se acepta error estándar hasta 10% (0.1) para establecimientos de salud de categoría I. Sin embargo, con la finalidad de asegurar la confiabilidad de los datos recolectados, se está considerando un error estándar de 5% (0.5). Asimismo, el MINSA también recomendó añadir un 20% a la muestra total estimada, para considerar las pérdidas o errores en los registros de las encuestas (MINSA, 2014). Por ello, a la muestra total estimada de 220, se le ha agregado el 20%, por lo que el total de encuestas que se tuvo que realizar era de 264 pacientes. Sin embargo, se realizaron 268 encuestas para el presente estudio.

#### **4.1.2. Selección de la muestra - Herramienta**

Los pacientes han sido seleccionados por muestreo por conveniencia, pues se seleccionó a los encuestados en función a la facilidad de acceso.

### **5. Operacionalización de las variables**

**Tabla 9: Operacionalización de las variables**

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
FIABILIDAD	Habilidad o capacidad de brindar el servicio ofrecido de manera cuidadosa
CAPACIDAD DE RESPUESTA	Disposición del personal para atender a los pacientes y brindarles un servicio oportuno a lo largo de la atención.
SEGURIDAD	Credibilidad y confianza percibida de los pacientes con respecto al conocimiento y atención del personal
EMPATÍA	Capacidad que tiene el personal asistencial para ponerse en el lugar del paciente y entender adecuadamente sus necesidades
ASPECTOS TANGIBLES	Aspectos físicos (infraestructura, estado de instalaciones, inmobiliario, equipo y objetos) que el paciente percibe del CMI
PERCEPCIONES	Es el grado de valoración emitido por parte del paciente del CMI Juan Pablo II en base al servicio de atención por consulta externa en Medicina General
EXPECTATIVAS	Es lo que espera recibir el paciente del CMI Juan Pablo II en base al servicio de atención por consulta externa en Medicina General
NIVEL DE CALIDAD PERCIBIDA	Es la diferencia entre las percepciones y expectativas del paciente frente al servicio de atención por consulta externa en Medicina General recibido

## **6. Herramientas de recolección de información**

Las entrevistas se dividen en estructuradas, semi-estructuradas o no estructuradas, o abiertas. En la presente investigación se ha utilizado las entrevistas semi-estructuradas, ya que se han basado en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador ha tenido la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar u obtener mayor información sobre los temas deseados (Hernández et al., 2014).

“La entrevista cualitativa semi-estructurada es mucho más flexible, íntima y abierta que la estructurada. Se define, básicamente, como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado). En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas, se logra una comunicación y construcción conjunta de significados respecto a un tema específico” (Hernández et al., 2014, p.403). Las entrevistas a profundidad se realizan al personal asistencial (médico y técnico) y administrativo, con la finalidad de conocer cuáles son las causas que generan los resultados obtenidos en las encuestas de priorización realizada a los pacientes del CMI.

La entrevista contiene 10 preguntas semi estructuradas, relacionadas con los ítems prioritarios obtenidos en base a la encuesta SERVQUAL. La presente entrevista aporta valor a la investigación, debido a que recoge posibles soluciones a los problemas presentados por los pacientes según la encuesta SERVQUAL. Además, permite entender las raíces de las causas más representativas obtenidas en los diagramas Ishikawas, lo cual posibilita que se planteen lineamientos de recomendaciones según la viabilidad y competencia de las acciones que el CMI pueda realizar, teniendo como fuente al personal clave del CMI.

### **6.1 Encuesta SERVQUAL validada por el MINSAL**

Para el presente estudio se utilizó la encuesta SERVQUAL validada por el Ministerio de Salud [MINSAL], que está enfocada en los usuarios de consulta externa (ver Anexo 1). Este tipo de encuesta recoge las expectativas y percepciones de los encuestados en base a un servicio brindado.

#### ***6.1.1. Detalles de la encuesta SERVQUAL***

- a. Periodo de aplicación: Las encuestas se aplican en un periodo no menor de siete días, ni mayor a 14 días. Esto debido a la fluctuación de atenciones que existe por día en los servicios de salud
- b. Tiempo de aplicación de la encuesta: El tiempo promedio de la encuesta es de 15 minutos.
- c. Descripción del instrumento de evaluación: La estructura del instrumento es de 22 preguntas de Expectativas y 22 preguntas de Percepciones, distribuidas en cinco criterios o dimensiones de evaluación de la calidad:

1. Fiabilidad: Preguntas del 01 al 05.
2. Capacidad de respuesta: Preguntas del 06 al 09.
3. Seguridad: Preguntas del 10 al 13.
4. Empatía: Preguntas del 14 al 18.
5. Aspectos tangibles: Preguntas del 19 al 22.

Para levantar la perspectiva y expectativa del paciente, la encuesta trabaja con la escala Likert del 1 al 7 que se detalla en el siguiente cuadro:

**Tabla 10: Calificación de las expectativas y percepciones en base a la escala Likert**

	EXPECTATIVAS	PERCEPCIONES
1	Nada importante	Totalmente malo
2	Algo importante	Muy malo
3	Poco importante	malo
4	Regularmente importante	Regular
5	Importante	Bueno
6	Muy importante	Muy Bueno
7	Totalmente importante	Totalmente bueno

Adaptado de: Veliz y Villanueva (2011, p. 83).

Esta brecha generada entre las expectativas y perspectivas ha permitido averiguar qué tan marcada está la calidad del servicio presentada por el usuario. Cabe recalcar que dentro de los ítems de la presente encuesta, se dieron muchos casos en los que los encuestados no habían pasado por algún proceso durante su atención, por lo que se marcó “No aplica”.

## 6.2 Herramienta de análisis de datos

### 6.2.1. Herramientas diagrama IP

Luego de obtener los puntajes respectivos de cada pregunta en la encuesta SERVQUAL y obtener el promedio total por cada pregunta, se procede a elaborar el diagrama IP, “el cual permite identificar y observar a las características en las que se debe enfocar la atención” (Sangüesa, Mateo & Ilzarbe, 2006, p. 188). En el eje de las abscisas se encuentra la importancia que en el caso de la presente evaluación son las expectativas, mientras en el eje de ordenadas se encuentra la ejecución o performance que en este caso son las percepciones. Este se realiza con el objetivo de delimitar qué aspectos del servicio deben priorizarse para poder plantear las mejoras correspondientes.

El diagrama se elabora colocando los promedios obtenidos en la encuesta tanto de percepciones como expectativas a manera de coordenadas en un plano cartesiano y estableciendo los ejes con las variables (percepción y expectativas). Por último, es mediante esta herramienta que se evalúa a los ítems o preguntas obtenidas de la encuesta SERVQUAL, de acuerdo al cuadrante en que se encuentren ubicados, a estos se les procede a considerar para la elaboración del diagrama de Pareto.

### **6.2.2. Categorización de la información cualitativa**

El análisis de información cualitativa es el “proceso esencial que consiste en que recibimos datos no estructurados y los estructuramos e interpretamos” (Pasco & Ponce, 2015, p. 74). Cabe resaltar que este proceso es más flexible, por lo que no hay procedimientos estandarizados para analizar la información. Por ello, se puede determinar que la forma de estructuración y examinación de los datos dependen del criterio del investigador. Para el análisis de carácter cualitativo de la información recolectada a través de las entrevistas a profundidad, se ha aplicado la siguiente secuencia:

- a. En primer lugar, se estableció dividir la información recabada respecto a cada ítem del cuestionario SERVQUAL, pues se tomó en consideración de que el objetivo del análisis de este dato era determinar las posibles causas a la situación de cada aspecto consultado del servicio.
- b. Seguidamente, se ha realizado la segmentación de la información en categorías.
- c. En tercer lugar, se buscó encontrar patrones entre las unidades de análisis de información, por lo que se pudo identificar conexiones y, consecuentemente, determinar subcategorías o palabras clave.

### **6.2.3. Diagrama de Pareto y Diagrama Ishikawa**

La presente herramienta será de utilidad para delimitar los ítems obtenidos en el Diagrama IP, los cuales serán utilizados posteriormente en la elaboración en el Diagrama Pareto. Asimismo, este diagrama servirá de insumo para la elaboración del diagrama Ishikawa, el cual permitirá analizar las posibles causas que originan una baja calidad percibida. Estas causas serán clasificadas en base a las Ms que plantea el diagrama Ishikawa, el mismo que servirá para agrupar las causas a analizarse, que permitirán enfocar los lineamientos de las recomendaciones.

# CAPITULO V: ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y HALLAZGOS DE LA ENCUESTA

## 1. Resultados estadísticos de la encuesta SERVQUAL

### 1.1 Análisis de Fiabilidad

Permite conocer la consistencia interna de una serie de datos con la finalidad de que estos estén altamente correlacionados y puedan tener el mismo objetivo de medición. En base a esto se trabajó con el Alfa de Cronbach y se obtuvieron los siguientes resultados:

**Tabla 11: Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.876	44

Este coeficiente resultó ser superior al umbral requerido que es 0.7; por lo tanto, se puede concluir que las respuestas realizadas al cuestionario son fiables. En este sentido, las respuestas de los encuestados resultan confiables, ya que si tuvieran que responder de nuevo el cuestionario respondería de forma muy similar a sus respuestas actuales.

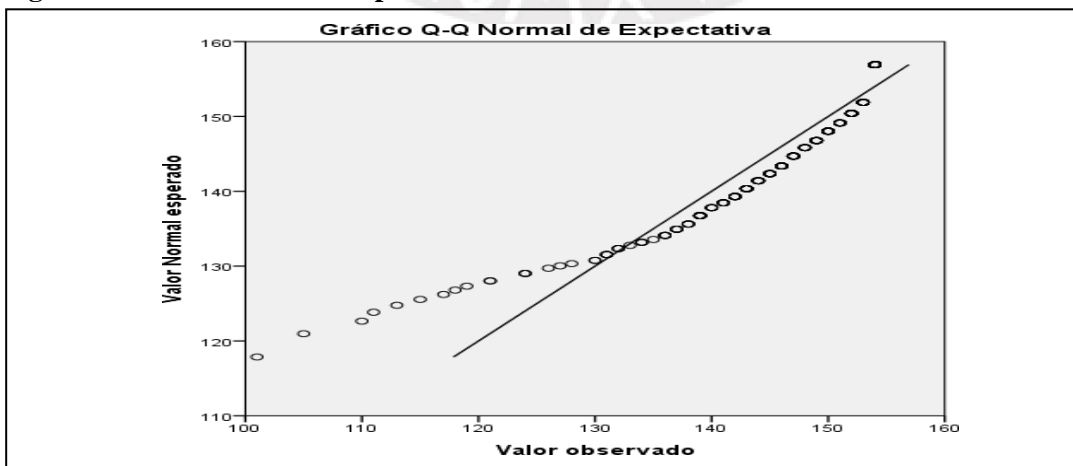
### 1.2 Análisis factorial

Es una técnica estadística que te permite reducir los datos con la finalidad de explicar la correlación de los mismos, en base a un número menor de variables no observadas (que serían los ítems agrupado en las dimensiones), llamadas factores. Esto permite analizar de manera más sencilla la información en base a las correlaciones que se encuentren entre ellas. Esta técnica involucra cumplimiento de varios supuestos, para el presente estudio se tomaron los tres principales supuestos:

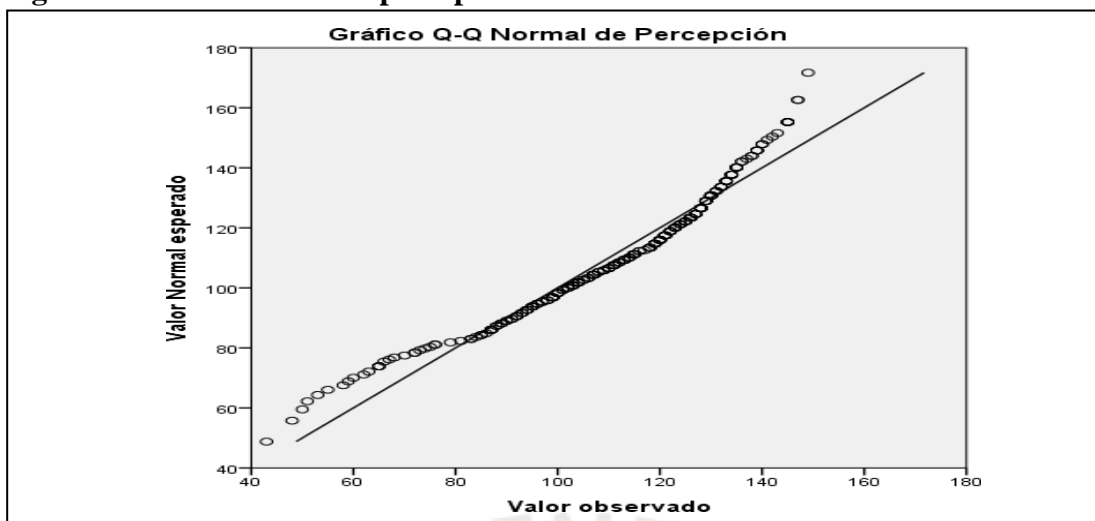
#### 1.2.1 Linealidad

Evalúa que tan exactas son las mediciones en todo rango de mediciones, para lo cual se toma un valor de referencia y se analiza su similitud con esta.

**Figura 8: Linealidad de las expectativas**



**Figura 9: Linealidad de las percepciones**



Se observa que hay varios puntos que se encuentran distanciados/diferenciados del resto. Es decir, existen puntos u observaciones que se alejan de la recta de tendencia. Pero, en general hay un comportamiento lineal de los datos dado que en su mayoría se acumulan sobre la línea de tendencia lineal; por lo tanto, se concluye que los datos cumplen con el supuesto de linealidad.

### 1.2.2 Normalidad

Prueba que los datos sigan una distribución normal o tengan un comportamiento normal.

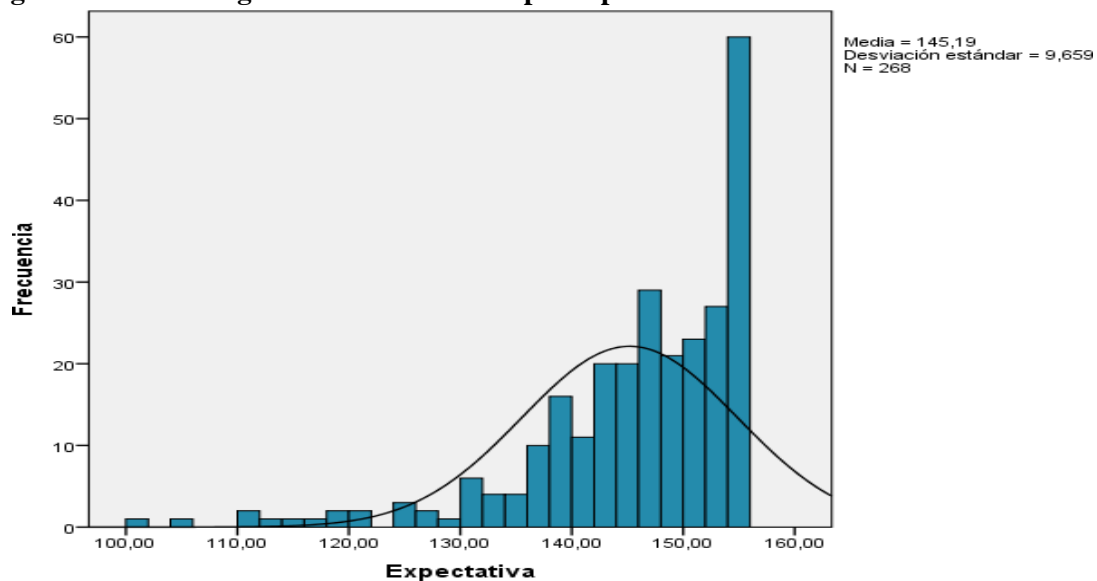
**Tabla 12: Medición por coeficiente de Asimetría y Curtosis**

	<b>Expectativa</b>	<b>Percepción</b>
N	268	268
Media	145.19	110.24
Mediana	147.00	114.00
Moda	154.00	128.00
Desviación estándar	9.66	21.72
Varianza	93.29	471.66
Asimetría	-1.76	-0.77
Error estándar de asimetría	0.15	0.15
Curtosis	3.79	0.25
Error estándar de Curtosis	0.30	0.30
Rango	53.00	106.00

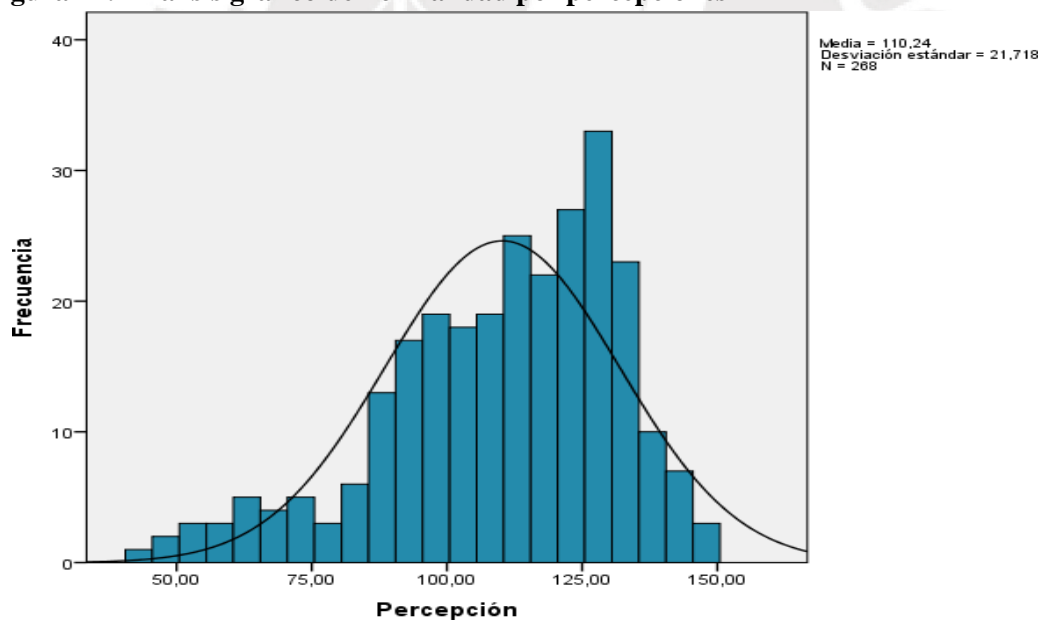
Se aprecia que para la dimensión Percepción se obtiene una asimetría igual a -0.77 y curtosis igual a 0.25 las cuales se encuentran dentro del umbral permitido para aplicar Análisis Factorial que es igual o menor a [-1.5; +1.5]. Esto debido a que se considera aun condiciones normales. En cambio, para la dimensión Expectativa la asimetría obtenida es igual a -1.76 ligeramente superior al permitido y el coeficiente de curtosis igual a 3.79 siendo esta mucho mayor a el umbral permitido, lo cual se concluye que el comportamiento ya no se encuentra

dentro de las condiciones normales. Asimismo, se presenta las siguientes figuras donde se sustenta lo mencionado.

**Figura 10: Análisis gráfico de normalidad por expectativas**



**Figura 11: Análisis gráfico de normalidad por percepciones**



En las gráficas se aprecian que efectivamente se corrobora lo obtenido en el cuadro anterior. La dimensión Expectativa presenta una asimetría negativa, ya que tiene una acumulación hacia la derecha. Mientras que la dimensión Percepción se acumula casi hacia el centro, lo que indica que su comportamiento está aun dentro de situaciones normales. Con esto se llega a la conclusión de que los datos en la dimensión Percepción tiene un comportamiento normal y en cambio en la dimensión Expectativa no cumplen con el supuesto de normalidad.

**Tabla 13: Análisis de correlación – dimensión Expectativa**

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22
E1	1.000																					
E2	,366**	1.000																				
E3	,421**	,543**	1.000																			
E4	,326**	,328**	,559**	1.000																		
E5	,248**	,127*	,275**	,441**	1.000																	
E6	,211**	,337**	,374**	,357**	,353**	1.000																
E7	,094	,323**	,363**	,319**	,294**	,780**	1.000															
E8	,148*	,256**	,313**	,363**	,291**	,558**	,692**	1.000														
E9	,165**	,130*	,121*	,197**	,290**	,308**	,341**	,265**	1.000													
E10	,241**	,227**	,360**	,325**	,339**	,383**	,313**	,273**	,445**	1.000												
E11	,243**	,241**	,391**	,344**	,309**	,309**	,285**	,239**	,293**	,587**	1.000											
E12	,263**	,158**	,308**	,383**	,292**	,228**	,260**	,247**	,412**	,604**	,541**	1.000										
E13	,194**	,072	,168**	,245**	,109	,310**	,289**	,238**	,301**	,340**	,246**	,434**	1.000									
E14	,197**	,160**	,243**	,310**	,128*	,352**	,326**	,273**	,250**	,354**	,261**	,311**	,640**	1.000								
E15	,207**	,135*	,259**	,312**	,238**	,396**	,361**	,282**	,330**	,351**	,191**	,269**	,618**	,802**	1.000							
E16	,126*	,110	,231**	,254**	,185**	,359**	,369**	,272**	,284**	,286**	,200**	,274**	,631**	,839**	,830**	1.000						
E17	,247**	,168**	,249**	,255**	,364**	,306**	,311**	,201**	,365**	,574**	,468**	,560**	,352**	,322**	,335**	,363**	1.000					
E18	,180**	,147*	,260**	,267**	,311**	,271**	,269**	,220**	,390**	,563**	,455**	,483**	,339**	,315**	,322**	,374**	,716**	1.000				
E19	,214**	,178**	,256**	,286**	,182**	,351**	,331**	,319**	,318**	,340**	,211**	,370**	,520**	,655**	,575**	,610**	,326**	,375**	1.000			
E20	,199**	,090	,184**	,255**	,309**	,377**	,433**	,291**	,336**	,353**	,271**	,261**	,421**	,506**	,528**	,569**	,396**	,387**	,592**	1.000		
E21	,140*	,050	,252**	,347**	,394**	,291**	,323**	,341**	,284**	,392**	,329**	,356**	,239**	,335**	,370**	,352**	,505**	,417**	,332**	,548**	1.000	
E22	,130*	,269**	,280**	,353**	,282**	,409**	,456**	,393**	,292**	,368**	,359**	,304**	,336**	,434**	,387**	,378**	,325**	,283**	,477**	,566**	,509**	1.000

**Tabla 14: Análisis de correlación – Dimensión Perspectivas**

	P1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	p20	p21	p22
P1	1.000																					
p2	,292**	1.000																				
p3	,305**	,524**	1.000																			
p4	.048	.044	,136*	1.000																		
p5	,228**	,208**	,217**	.085	1.000																	
p6	,377**	,208**	,192**	-.213**	,321**	1.000																
p7	,216**	,320**	,229**	-.116	,262**	,371**	1.000															
p8	,179**	,384**	,365**	-.049	,176**	,340**	,453**	1.000														
p9	,325**	,300**	,271**	.043	,293**	,303**	,310**	,337**	1.000													
p10	,366**	,358**	,294**	.032	,268**	,348**	,288**	,207**	,300**	1.000												
p11	,321**	,304**	,342**	-.019	,249**	,338**	,305**	,308**	,296**	,426**	1.000											
p12	,298**	,331**	,337**	.038	,289**	,365**	,283**	,336**	,310**	,451**	,635**	1.000										
p13	,330**	,358**	,329**	.014	,234**	,396**	,236**	,307**	,307**	,455**	,529**	,731**	1.000									
p14	,338**	,325**	,348**	-.030	,304**	,371**	,282**	,315**	,349**	,438**	,539**	,664**	,676**	1.000								
p15	,360**	,291**	,313**	.077	,317**	,423**	,291**	,236**	,330**	,430**	,276**	,384**	,408**	,403**	1.000							
p16	,363**	,372**	,381**	.012	,190**	,341**	,394**	,232**	,335**	,371**	,361**	,339**	,360**	,439**	,558**	1.000						
p17	,212**	,296**	,260**	-.054	,214**	,309**	,279**	,349**	,238**	,376**	,426**	,556**	,486**	,509**	,383**	,406**	1.000					
p18	,269**	,258**	,184**	-.084	,208**	,368**	,257**	,304**	,257**	,429**	,414**	,561**	,499**	,485**	,421**	,402**	,787**	1.000				
p19	,268**	,249**	,206**	-.005	,178**	,180**	,209**	,151*	,296**	,290**	,325**	,284**	,341**	,339**	,291**	,359**	,301**	,325**	1.000			
p20	,259**	,337**	,285**	-.057	.118	,275**	,264**	,276**	,333**	,342**	,286**	,346**	,336**	,339**	,380**	,370**	,378**	,358**	,418**	1.000		
p21	,181**	,252**	,328**	.060	,273**	,142*	,219**	,231**	,264**	,185**	,282**	,286**	,265**	,215**	,187**	,275**	,160**	,235**	,286**	,344**	1.000	
p22	,301**	,254**	,286**	-.018	,294**	,279**	,213**	,256**	,277**	,351**	,441**	,530**	,411**	,442**	,313**	,344**	,447**	,455**	,445**	,396**	,338**	1.000

### 1.2.3 Multilinealidad

Mide el grado de correlación que existe entre las variables, en este caso entre los ítems. Se exige que exista correlación significativa entre las variables. En las matrices de correlación, se utilizó el Rho de Spearman, en el cual se observa que las correlaciones son en su mayoría significativas. No hay variables que tenga correlación muy baja con el resto de las variables (ítems) o caso contrario donde las variables presenten correlación bastante elevada mayores a 0.90, por lo tanto, todas las variables se conservan. Luego de los resultados obtenidos se llega a la conclusión que se cumple el supuesto de multilinealidad.

### 1.3 Análisis Factorial Confirmatorio

Con los resultados obtenidos se puede proceder a aplicar un Análisis Factorial Confirmatorio, con la finalidad de corroborar que los ítems se agrupan de acuerdo con lo indicado anteriormente. Puesto que para la dimensión percepción se cumple con el supuesto de normalidad, entonces se procedió a realizar este análisis con la finalidad de visualizar la pertenencia de los ítems a las dimensiones consideradas.

En base a lo mencionado se realizó la prueba de Kaiser – Meyer – Olkin (KMO) y esfericidad de Bartlett. La primera se enfoca en contrastar si las relaciones parciales entre las variables son suficientemente pequeñas, lo cual permite comparar la magnitud de los coeficientes de correlación observados con la magnitud de los coeficientes de relación parcial. La segunda contrasta la hipótesis nula, cuyo caso de ser cierta no existiría correlaciones significativas entre las variables. (Marin, 2018). En base a lo mencionado, los resultados obtenidos se presentan en la siguiente tabla:

**Tabla 15: Resultados de la prueba de KMO y Bartlett**

KMO		0.89
Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	2401.46
	gl	231.00
	Sig.	0.00

Se obtiene un KMO igual a 0.89, el cual es superior al umbral mínimo requerido para la aplicación del análisis factorial que es igual o mayor a 0.7. Y la prueba de esfericidad de Bartlett resulta significativo con un nivel de significación al 1%, por lo tanto, se concluye que existe correlaciones entre las variables. De la misma forma se obtiene la siguiente matriz de componentes:

**Tabla 16: Matriz de componentes por dimensión**

		Componente				
		1	2	3	4	5
Fiabilidad	P1	.088	.580	.113	.121	.209
	P2	.058	.116	.682	.241	.289
	P3	.142	.113	.575	.176	.509
	P4	-.044	.083	-.068	-.034	.768
	P5	.186	.533	.065	.082	.237
Capacidad respuesta	P6	.332	.639	.231	.046	-.240
	P7	.112	.352	.600	.154	-.217
	P8	.221	.066	.792	.050	-.042
	P9	.069	.418	.323	.270	.148
Seguridad	P10	.359	.478	.116	.166	.188
	P11	.574	.267	.250	.191	.192
	P12	.818	.229	.139	.159	.188
	P13	.725	.258	.156	.173	.171
Empatía	P14	.666	.276	.201	.184	.106
	P15	.148	.670	.214	.230	.071
	P16	.129	.491	.324	.430	.058
	P17	.709	.091	.282	.254	-.146
	P18	.704	.157	.182	.301	-.148
Aspectos tangibles	P19	.087	.186	.016	.795	-.011
	P20	.175	.150	.269	.691	-.015
	P21	.150	-.024	.219	.571	.319
	P22	.507	.123	.073	.541	.105

#### 1.4 Comparaciones de Medias

El objetivo es encontrar o probar si las medias de las respuestas en las distintas dimensiones difieren significativamente, es decir, se busca saber si la media en una de las dimensiones es mucho mayor o menor que en la otra dimensión.

Entre las pruebas que se pueden aplicar para dar respuesta a esta interrogante están la prueba t. Esta prueba es paramétrica, lo cual quiere decir que se debe cumplir supuestos para su aplicación, en caso contrario existen pruebas no paramétricas las cuales son menos exactas que las pruebas paramétricas, pero cumplen con brindar información para llegar a conclusiones certeras.

### 1.4.1 Prueba de Normalidad

Se realiza la prueba de normalidad con el objetivo de conocer cuál de las pruebas es idónea aplicar de acuerdo con la naturaleza de los datos obtenidos con las encuestas. La hipótesis planteada es la siguiente:

$H_0$ : Los datos siguen una distribución normal.

$H_1$ : Los datos siguen no una distribución normal.

Se obtiene como resultado:

**Tabla 17: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra**

		<b>Expectativa</b>	<b>Percepción</b>
N		268	268
Parámetros normales	Media	145.194	110.235
	Desviación estándar	9.659	21.718
Máximas diferencias extremas	Absoluta	0.181	0.095
	Positivo	0.181	0.052
	Negativo	-0.130	-0.095
Estadístico de prueba		0.181	0.095
Sig. asintótica (bilateral)		<b>0.000</b>	<b>0.000</b>

Entre las pruebas más comunes para la prueba de normalidad se encuentran las pruebas de Kolmogorov-Smirnov (K-S) y el Shapiro Wilk, donde la prueba de Shapiro Wilk tiene mejor performance en muestras pequeñas (menores a 30) y en cambio K-S se desempeña mejor en las muestras grandes (mayores o iguales a 30) como es en este caso.

Se obtuvo como resultado que las pruebas para ambas dimensiones resultaron significativas, lo cual quiere decir que se rechaza la hipótesis nula. Se concluye que los datos en las dimensiones Expectativa y Percepción no se distribuyen normalmente. Por lo tanto, no se puede aplicar la prueba estadística t-student.

### 1.4.2 Pruebas no paramétricas

Puesto que la distribución de los datos no es normal, entonces se procede a realizar pruebas no paramétricas. En esta ocasión las pruebas estadísticas a utilizar son la prueba Rangos de Wilcoxon para muestras pareadas o dependientes y la prueba de Signos: Estadístico de prueba no paramétrica para muestras relacionadas o pareadas. Asimismo, se realizarán los siguientes pasos para realizar ambas pruebas:

- a) Comparación de medianas por dimensión

Se procede a comparar las medianas de las dimensiones y obtienen los siguientes resultados:

**Tabla 18: Estadísticos descriptivos por percepciones y expectativas**

Estadísticos descriptivos					
	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Expectativa	268	145.1940	9.65857	101.00	154.00
Percepción	268	110.2351	21.71765	43.00	149.00

i. Prueba de Rangos de Wilcoxon:

**Tabla 19: Rangos de Wilcoxon**

	Percepción - Expectativa
Z	-14.05
Sig. asintótica (bilateral)	0.000

ii. Prueba de Signos:

**Tabla 20: Rangos de Signos**

	Percepción - Expectativa
Z	-15.267
Sig. asintótica (bilateral)	0.000

Se obtuvo como resultado que la diferencia de las medianas de las dimensiones expectativa y percepción son significativamente distintas, siendo que la mediana de la dimensión expectativa es mayor, entonces se puede decir que los encuestados tienen mayores expectativas de servicios en comparación a lo que perciben.

b) Comparación de medianas por sub-dimensión

Se obtienen los siguientes resultados al comparar las medianas por sub-dimensiones:

**Tabla 21: Estadísticos descriptivos**

	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
E_Fiabilidad	268	32.06	3.64	17.00	35.00
E_CapRespuesta	268	25.74	2.85	15.00	28.00
E_Seguridad	268	27.06	1.55	18.00	28.00
E_Empatia	268	33.66	2.24	23.00	35.00
E_AspTangibles	268	26.68	2.27	14.00	28.00
P_Fiabilidad	268	21.43	6.08	5.00	35.00
P_CapRespuesta	268	17.77	5.44	4.00	28.00
P_Seguridad	268	22.62	5.17	4.00	28.00
P_Empatia	268	28.51	5.59	9.00	35.00
P_AspTangibles	268	19.91	5.17	4.00	28.00

i. Prueba de Rangos de Wilcoxon

**Tabla 22: Rango de Wilcoxon**

	P_Fiabilidad - E_Fiabilidad	P_Capacidad Respuesta - E_Capacidad Respuesta	P_Seguridad - E_Seguridad	P_Empatia - E_Empatia	P_Aspectos Tangibles - E_Aspectos Tangibles
Z	-13.58	-13.43	-11.18	-11.34	-13.30
Sig. asintótica (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000

ii. Prueba de Signos

**Tabla 23: Rango de Signos**

	P_Fiabilidad - E_Fiabilidad	P_Capacidad Respuesta - E_Capacidad Respuesta	P_Seguridad - E_Seguridad	P_Empatia - E_Empatia	P_Aspectos Tangibles - E_Aspectos Tangibles
Z	-14.02	-13.99	-11.02	-10.75	-13.90
Sig. asintótica (bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000

Con los resultados obtenidos de las pruebas de comparación de medianas, se puede decir que se obtienen los mismos resultados en ambas pruebas por lo que las conclusiones a las que se llegaron son las siguientes:

- La diferencia de medianas de la sub dimensión Fiabilidad es significativa, cual quiere decir que la mediana de la Fiabilidad en Expectativa es mayor que la Fiabilidad en Percepción.
- La diferencia de medianas de la su dimensión Capacidad Respuesta es significativa, por la tanto se concluye que la mediana de la Capacidad de Respuesta en Expectativa es superior a la Capacidad de Respuesta en Percepción.
- La diferencia de medianas de la su dimensión Seguridad es significativa, por la tanto se concluye que la mediana de la Seguridad en Expectativa es superior a la Seguridad en Percepción.
- La diferencia de medianas de la su dimensión Empatía es significativa, por la tanto se concluye que la mediana de la Empatía en Expectativa es superior a la Empatía en Percepción.
- La diferencia de medianas de la su dimensión Aspectos Tangibles es significativa, por la tanto se concluye que la mediana de Aspectos Tangibles en Expectativa es superior a Aspectos Tangibles en Percepción.

c) Comparación de medianas por ítems

Con la finalidad de conocer las diferencias de las medianas por ítems se consigue los siguientes resultados:

**Tabla 24: Estadísticos Descriptivos de la comparación de medias**

Estadísticos descriptivos						
Expectativa	N	Media	Desviación estándar	Percepción	Media	Desviación estándar
E1	268	6.27	1.23	P1	5.56	1.61
E2	268	6.45	0.96	p2	5.31	1.88
E3	268	6.50	0.88	p3	4.57	2.00
E4	268	6.34	1.26	p4	2.19	2.52
E5	268	6.51	1.05	p5	3.80	1.87
E6	268	6.37	0.94	p6	5.15	1.72
E7	268	6.38	0.99	p7	4.12	1.98
E8	268	6.24	1.16	p8	4.16	1.89
E9	268	6.76	0.67	p9	4.34	2.05
E10	268	6.84	0.41	p10	6.04	1.45
E11	268	6.82	0.51	p11	5.37	1.74
E12	268	6.85	0.42	p12	5.53	1.64
E13	268	6.55	0.81	p13	5.67	1.58
E14	268	6.71	0.58	p14	5.79	1.52
E15	268	6.65	0.70	p15	5.65	1.47
E16	268	6.68	0.59	p16	5.27	1.75
E17	268	6.79	0.55	p17	5.90	1.34
E18	268	6.82	0.62	p18	5.91	1.38
E19	268	6.56	0.79	p19	5.77	1.50
E20	268	6.70	0.65	p20	5.54	1.61
E21	268	6.70	0.87	p21	3.50	2.10
E22	268	6.72	0.67	p22	5.10	1.82

i. Pruebas Estadísticas

Las pruebas aplicadas son las mismas, las pruebas de Rangos de Wilcoxon y la prueba de Signos y se obtiene lo siguiente:

**Tabla 25: Pruebas estadísticas de Rangos de Wilcoxon y Signos**

	Wilcoxon		Signos	
	Z	Sig. asintótica (bilateral)	Z	Sig. asintótica (bilateral)
p1 - E1	-5.98	.000	-5.55	.000
p2 - E2	-8.34	.000	-6.96	.000
p3 - E3	-10.90	.000	-10.67	.000
p4 - E4	-13.06	.000	-14.00	.000
p5 - E5	-12.74	.000	-13.31	.000
p6 - E6	-9.09	.000	-8.30	.000
p7 - E7	-11.85	.000	-11.99	.000
p8 - E8	-11.64	.000	-11.58	.000
p9 - E9	-12.47	.000	-13.51	.000
p10 - E10	-8.08	.000	-7.57	.000
p11 - E11	-10.54	.000	-10.69	.000
p12 - E12	-10.47	.000	-10.85	.000
p13 - E13	-7.66	.000	-6.79	.000
p14 - E14	-8.44	.000	-7.60	.000
p15 - E15	-9.11	.000	-8.87	.000
p16 - E16	-10.22	.000	-10.09	.000
p17 - E17	-9.18	.000	-9.11	.000
p18 - E18	-9.24	.000	-9.60	.000
p19 - E19	-7.46	.000	-7.14	.000
p20 - E20	-9.73	.000	-9.67	.000
p21 - E21	-13.05	.000	-14.51	.000
p22 - E22	-10.86	.000	-10.95	.000

De acuerdo con los resultados de la comparación de medianas por ítems podemos concluir que:

- Tanto en la prueba de Wilcoxon y la prueba de Signos se obtiene una diferencia de medianas significativas, asimismo se observa en la tabla de los estadísticos descriptivos que las medianas de los ítems de la dimensión Expectativa son mayores que las medianas de la dimensión Percepción.
- Se concluye que en general las expectativas son superiores a las percepciones de los usuarios encuestados.

### 1.5 Correlaciones

Las correlaciones miden el grado de asociación que existen entre variables, pudiendo ser directo o inverso. Con la finalidad de conocer las relaciones que existen entre las dimensiones, sub dimensiones e incluso entre los ítems se presenta las siguientes tablas:

**Tabla 26: Correlación entre Dimensiones**

		Expectativa	Percepción
Tau_b de Kendall	Expectativa	1	
	Percepción	0.046	1
Rho de Spearman	Expectativa	1	
	Percepción	0.065	1

Las correlaciones obtenidas son bajas, la relación entre las dimensiones Expectativa y Percepción no es significativa, lo cual indica que cambios o variaciones que sufra una de las dimensiones no afecta a la otra dimensión significativamente, actúan de manera independientes.

**Tabla 27: Correlaciones por sub-dimensiones**

	E_Fiabilidad	E_CapRespuesta	E_Seguridad	E_Empatia	E_AspTangibles	P_Fiabilidad	P_CapRespuesta	P_Seguridad	P_Empatia	P_AspTangibles
E_Fiabilidad	1.000									
E_CapRespuesta	,395**	1.000								
E_Seguridad	,297**	,373**	1.000							
E_Empatia	,259**	,392**	,577**	1.000						
E_AspTangibles	,307**	,447**	,450**	,571**	1.000					
P_Fiabilidad	-.059	.008	.017	.043	.006	1.000				
P_CapRespuesta	.051	.074	.021	.061	.045	,314**	1.000			
P_Seguridad	.024	.036	.071	.051	.012	,331**	,371**	1.000		
P_Empatia	.007	.016	.024	.006	.001	,350**	,425**	,521**	1.000	
P_AspTangibles	.010	.055	,101*	,109*	.077	,322**	,319**	,385**	,385**	1.000
E_Fiabilidad	1.000									
E_CapRespuesta	,495**	1.000								
E_Seguridad	,356**	,434**	1.000							
E_Empatia	,312**	,458**	,641**	1.000						
E_AspTangibles	,371**	,520**	,511**	,637**	1.000					
P_Fiabilidad	-.080	.011	.022	.056	.008	1.000				
P_CapRespuesta	.069	.099	.032	.083	.060	,438**	1.000			
P_Seguridad	.032	.048	.089	.067	.015	,464**	,496**	1.000		
P_Empatia	.011	.021	.029	.007	.002	,480**	,560**	,667**	1.000	
P_AspTangibles	.015	.073	,127*	,139*	.100	,442**	,434**	,512**	,517**	1.000

Los presentes resultados dan razón a lo obtenido en la correlación de las dimensiones, por lo cual no existe correlación significativa entre las sub dimensiones. Por lo tanto, las dimensiones son independientes y por ende sus sub dimensiones son también independientes.

### 1.6 Resultados Extras

Según las puntuaciones obtenidas, se califica a los usuarios si están satisfechos o no con los servicios brindados en la entidad. Los usuarios que obtuvieron una Percepción mayor que sus Expectativas se le considera usuario satisfecho y en caso contrario, el usuario no está satisfecho. En base a esto, se obtiene los siguientes resultados:

**Tabla 28: Condición del encuestado**

		Usuario	Acompañante	Total
Satisfacción	No Satisfecho	250	8	258
	Satisfecho	9	1	10
Total		259	9	268

Del total de los encuestados solo 10 de ellos respondieron que se encontraban satisfechos con los servicios. Esto refuerza la información de que los usuarios esperan más de su centro de atención y estas no están siendo cumplidas.

## 2. Perfil de la muestra del servicio de Medicina General del CMI Juan Pablo II

### 2.1 Información Sociodemográfica

La primera parte del cuestionario SERVQUAL está compuesta por una serie de preguntas sociodemográficas donde se le solicita al encuestado que indique su sexo, edad, tipo de seguro, tipo de usuario, condición del encuestado, los cuales se detallan en la siguiente tabla:

**Tabla 29: Categorías del perfil de la muestra**

Categorías	Especificación
Sexo	Hombre Mujer
Condición del encuestado	Usuario Acompañante
Nivel de estudio	Analfabeto Primaria Secundaria Superior Técnico Superior Universitario
Tipo de usuario	Nuevo Continuador

Los resultados de los 268 pacientes encuestados en el mes de junio del 2018 se presentan en la tabla 30. La variable nivel académico ha sido clasificada por etapa de vida (joven, adulto y adulto mayor), siendo el rango con mayor frecuencia el enfocado en los adultos. Por otro lado, cabe resaltar que el resultado relacionado al sexo se considera un hallazgo significativo, debido a que más del 90% de los encuestados son mujeres. Esto responde a que el CMI tiene como público objetivo a las mujeres (gestantes y con hijos menores a 5 años).

Otro hallazgo importante está relacionado a la variable nivel de estudio donde la mayor frecuencia fue el nivel de secundaria completa. Asimismo, respecto al tipo de seguro, la mayoría de los encuestados contaban con el Seguro Integral de Salud. En relación al tipo de usuario, este se centró en los continuadores. Por último, relacionado a la variable condición del encuestado, hubo una mayor frecuencia en los usuarios acompañantes.

**Tabla 30: Información sociodemográfica 1**

Características	Nro.	%
<b>Sexo</b>		
Hombres	19	7.1
Mujeres	249	92.9
<b>Edad</b>		
18 – 29 años	103	38.4
23 – 59 años	149	55.6
60 - 65 años	16	6
<b>Tipo de seguro</b>		
SIS	251	93.7
Ninguno	17	6.3
<b>Tipo de usuario</b>		
Nuevo	6	2.2
Continuador	262	97.8
<b>Nivel académico</b>		
Analfabeto	3	1
Secundaria completa	168	63
Superior técnico	44	16
Superior universitario	17	6
<b>Condición del encuestado</b>		
Usuario	259	97
Acompañante	9	3

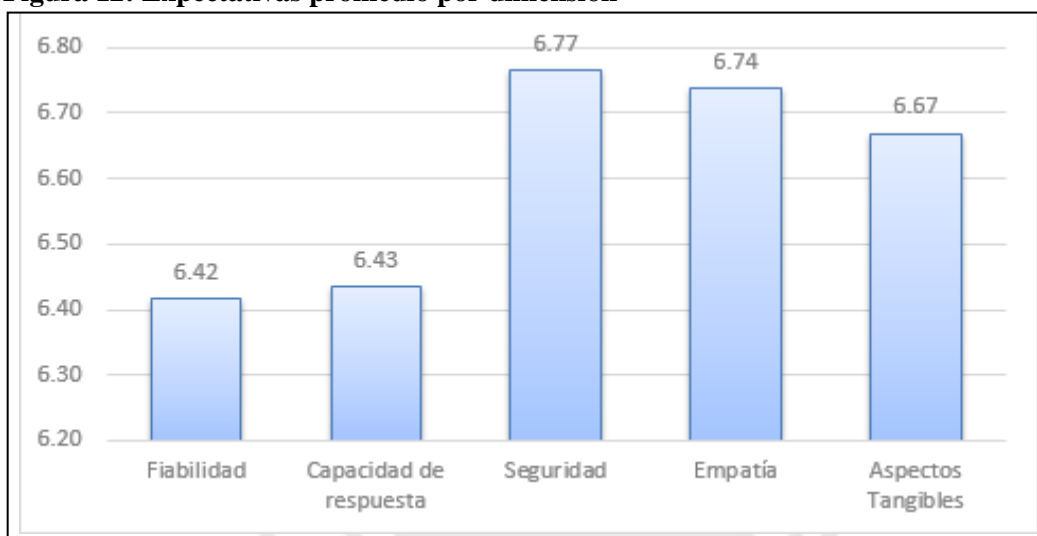
## 2.2 Encuesta SERVQUAL a los pacientes de medicina general del CMI Juan Pablo II

### 2.2.1. Expectativas

Por el lado de las expectativas, del total de 268 encuestas realizadas por cada dimensión, se obtuvo la siguiente puntuación promedio. En la figura 12 se puede notar que las

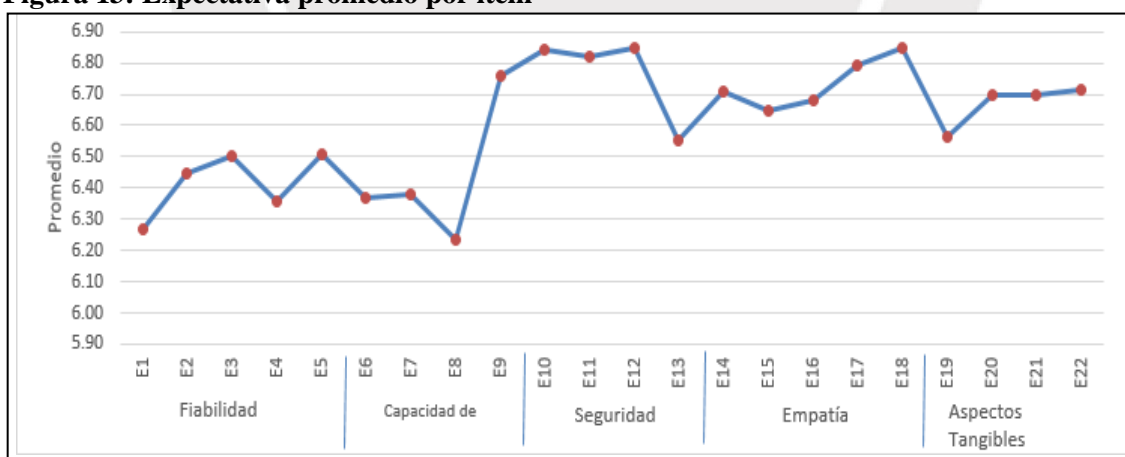
dimensiones ‘Fiabilidad’ y ‘Capacidad de Respuesta’ obtuvieron una puntuación más baja, a comparación del resto de dimensiones.

**Figura 12: Expectativas promedio por dimensión**



Para obtener una aproximación a por qué los usuarios suelen tener expectativas bajas en estas dimensiones, se puede visualizar en la figura 13, la puntuación desagregada de los ítems de cada dimensión. De esta manera, se observa que el ítem con puntuación más baja en la dimensión “Fiabilidad” es el 4, mientras que en la dimensión “Capacidad de Respuesta” es el ítem 8.

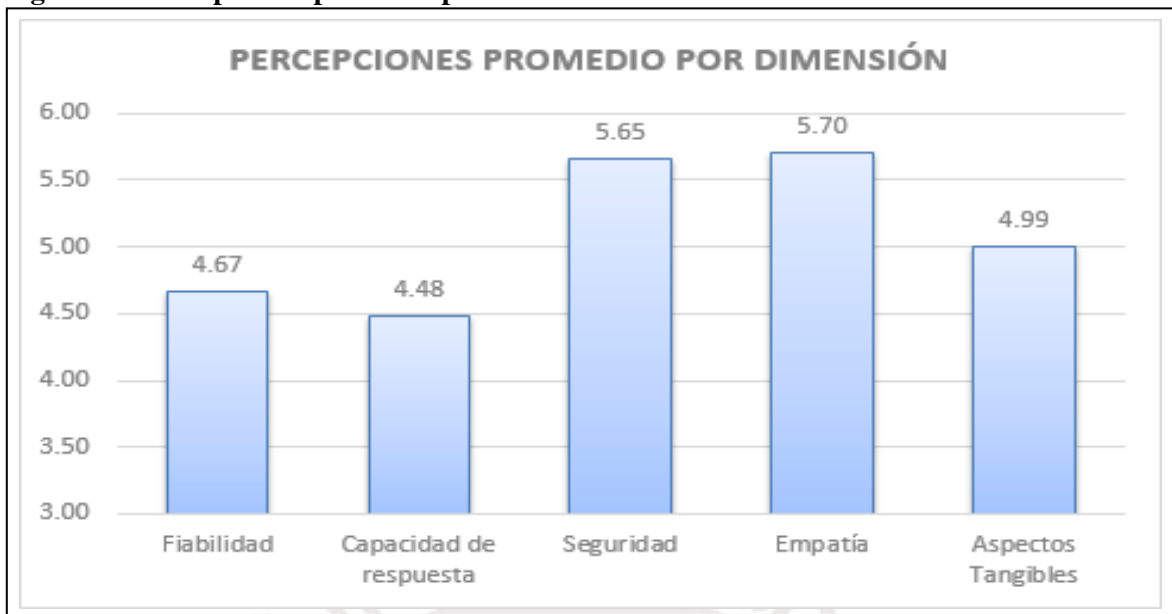
**Figura 13: Expectativa promedio por ítem**



### 2.2.2. Percepciones

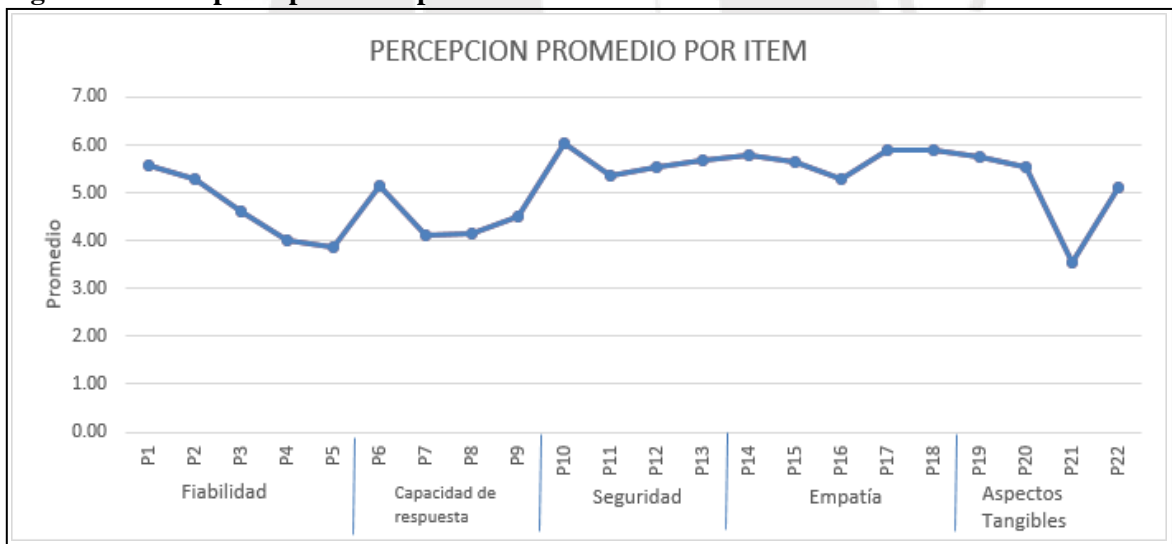
Por el lado de las percepciones, del total de 268 encuestas realizadas por cada dimensión, se obtuvo la siguiente puntuación promedio. En esta figura 14 se puede notar que las dimensiones ‘Fiabilidad’ y ‘Capacidad de Respuesta’ obtuvieron una puntuación más baja, a comparación del resto de dimensiones.

**Figura 14: Percepciones promedio por dimensión**



Se observa en la figura 15 que el ítem con puntuación más baja en la dimensión “Fiabilidad” es el 5, mientras que en la dimensión “Capacidad de Respuesta” son los ítem 7 y 8.

**Figura 15: Percepción promedio por ítem**



### 2.3 Análisis de Brechas entre Percepciones y Expectativas del modelo SERVQUAL

En general, las brechas son todas negativas. En ningún caso se excedió las expectativas de los pacientes. El puntaje promedio de las percepciones es 5.11 y el puntaje promedio de las expectativas es 6.6, lo cual nos da una brecha de la calidad del servicio de atención de -1.49.

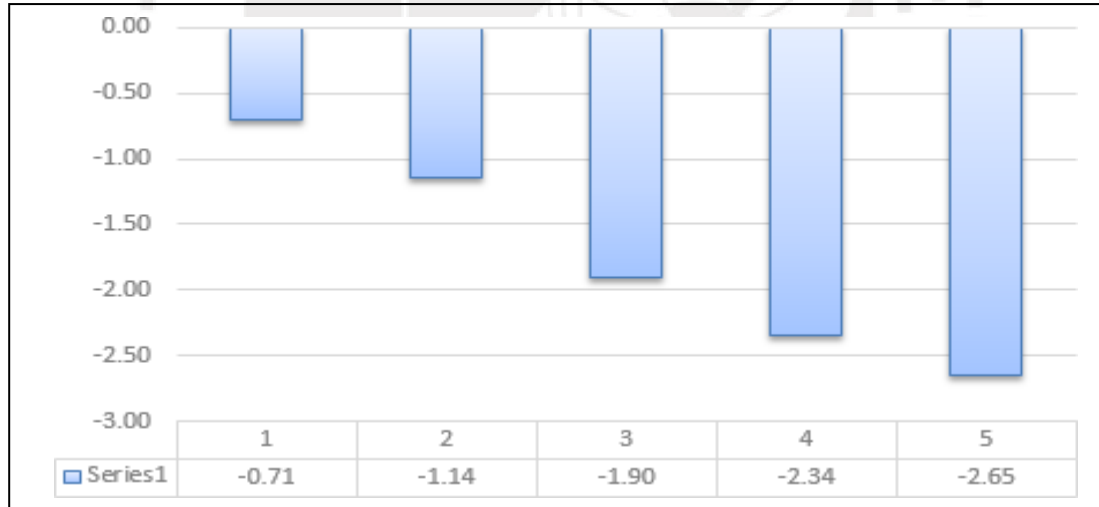
Esto significa que las expectativas del cliente no están siendo satisfechas, por lo que existen deficiencias en el servicio prestado.

**Figura 16: Brechas por Dimensión**



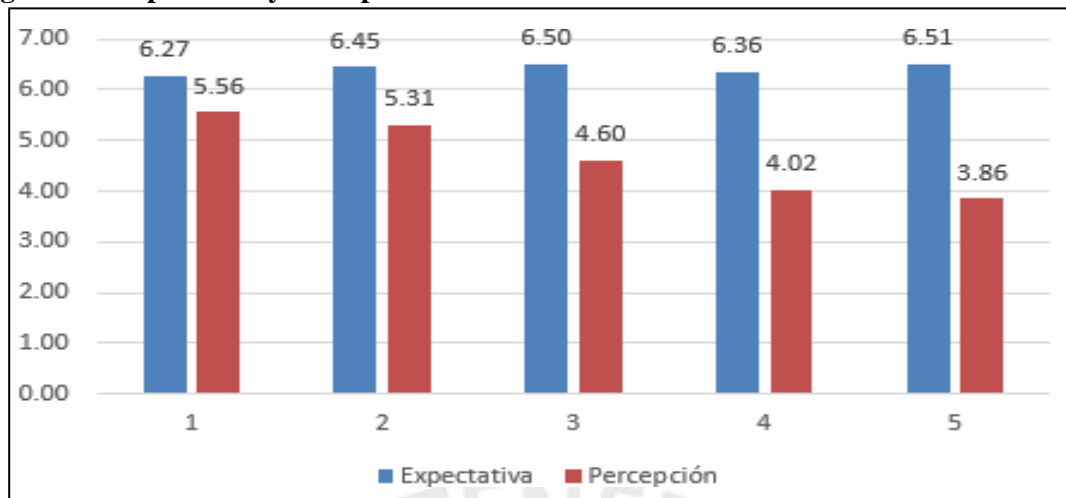
Asimismo, la dimensión donde se encontró una brecha de calidad del servicio más amplia fue la dimensión “Capacidad de respuesta” con un puntaje de -1.95, así como también los aspectos tangibles, que obtuvieron puntuación de -1.67.

**Figura 17: Brecha de Dimensión Fiabilidad**



En el caso de la dimensión fiabilidad, los ítems que poseen una brecha mayor entre expectativa y percepción son, en primer lugar, el ítem 5 que consulta al usuario sobre la disponibilidad de medicamentos en el área de farmacia cuando se intentó obtenerlos, y en segundo lugar, el ítem 4, acerca de la disponibilidad de los mecanismos para atender a quejas y reclamos en el establecimiento.

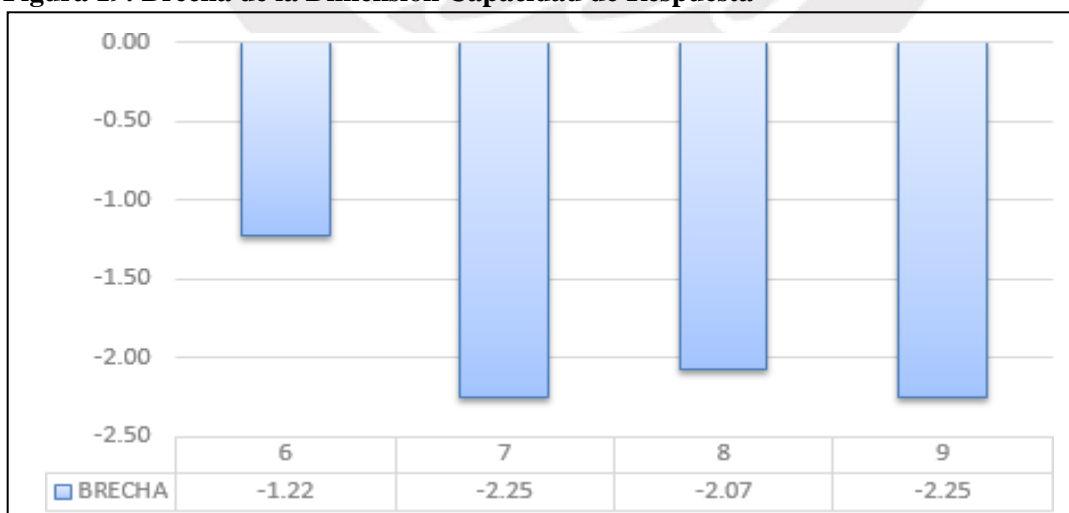
**Figura 18: Expectativa y Percepción de Dimensión Fiabilidad**



Sobre los medicamentos, cabe resaltar que este es un aspecto de suma importancia, considerando que la mayor parte de los pacientes que se atienden por consulta externa son usuarios del SIS. Los usuarios tienen una expectativa alta respecto a que el seguro SIS los ayude a obtener los medicamentos recetados por el médico de manera gratuita, lo cual es la explicación para que la brecha referente a este aspecto sea considerablemente mayor, a comparación del resto.

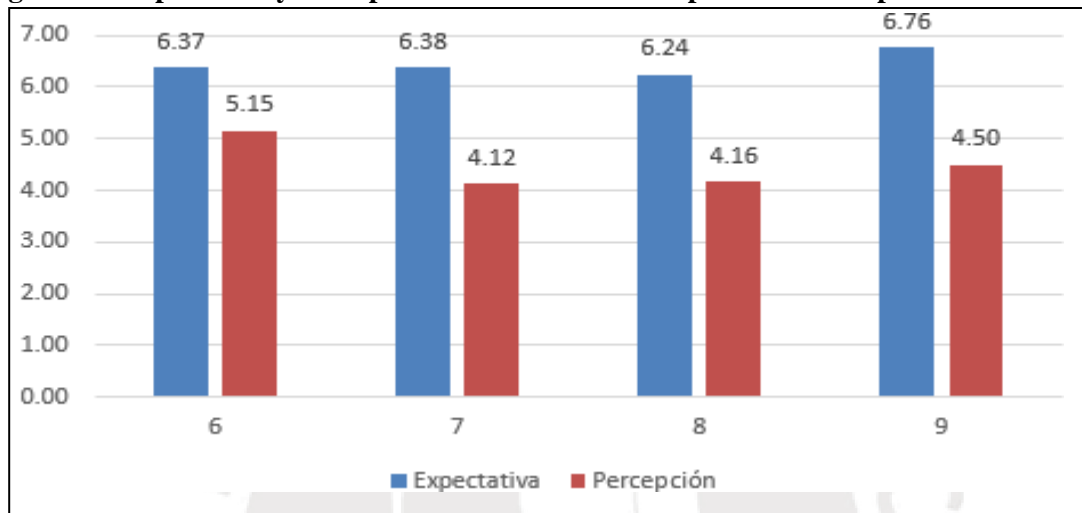
En cuanto al aspecto de existencia de mecanismos para atender sus quejas o reclamos, cabe resaltar que existe un porcentaje alto de personas que señalaron no haber realizado antes una queja o reclamo en el establecimiento. Por ello, en los resultados finales, la brecha se halló tomando como base un menor número de personas.

**Figura 19: Brecha de la Dimensión Capacidad de Respuesta**



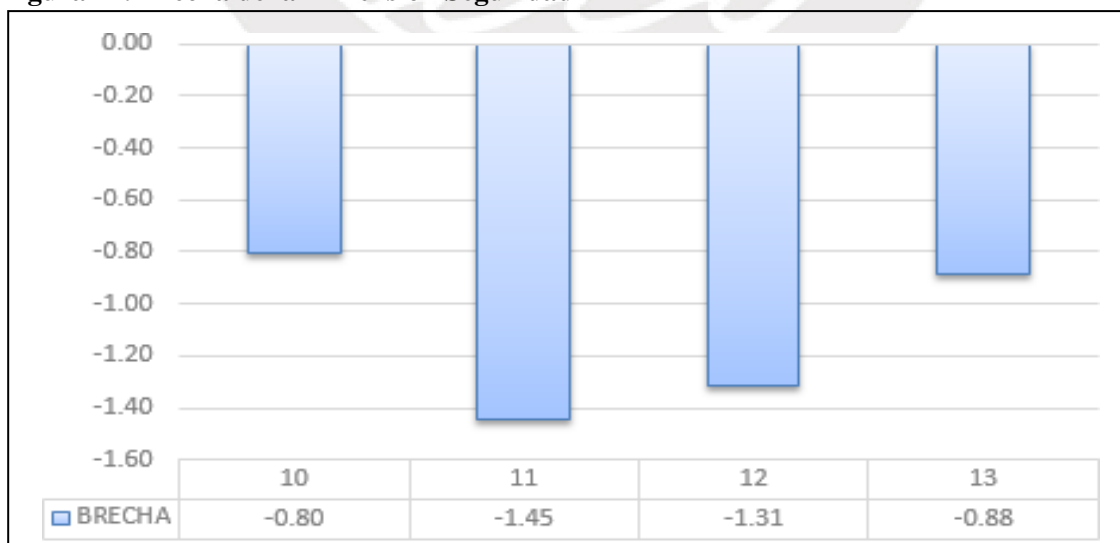
En la dimensión capacidad de respuesta, se puede evidenciar que la brecha mayor está en el ítem 9 e ítem 7, seguidos de cerca por el ítem 8. El primer problema es referente a que se respete la privacidad del usuario en la consulta. El segundo problema refiere a que la atención en el área de admisión sea rápida. Y por último, el tercero se refiere a que el tiempo de espera en el consultorio sea corto.

**Figura 20: Expectativa y Percepción de la Dimensión Capacidad de Respuesta**



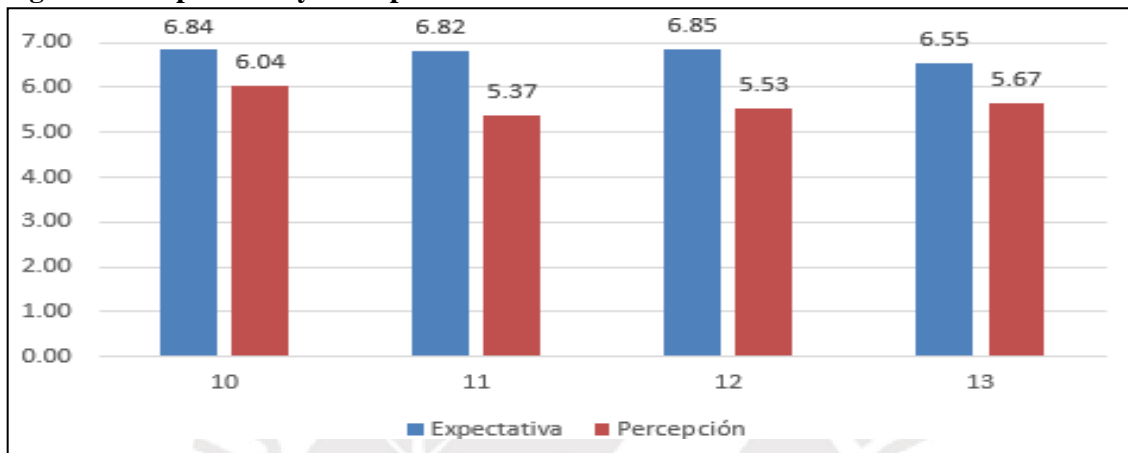
Para comenzar sobre la brecha más alta, del ítem 9 se nota que existe la mayor diferencia entre expectativas y percepciones. Esto demuestra que el usuario toma importancia notoria al respeto por su privacidad, y el establecimiento no está satisfaciendo la necesidad del usuario por contar con personal que demuestre una actitud propicia para hacerlo sentirse cómodo en el consultorio.

**Figura 21: Brecha de la Dimensión Seguridad**



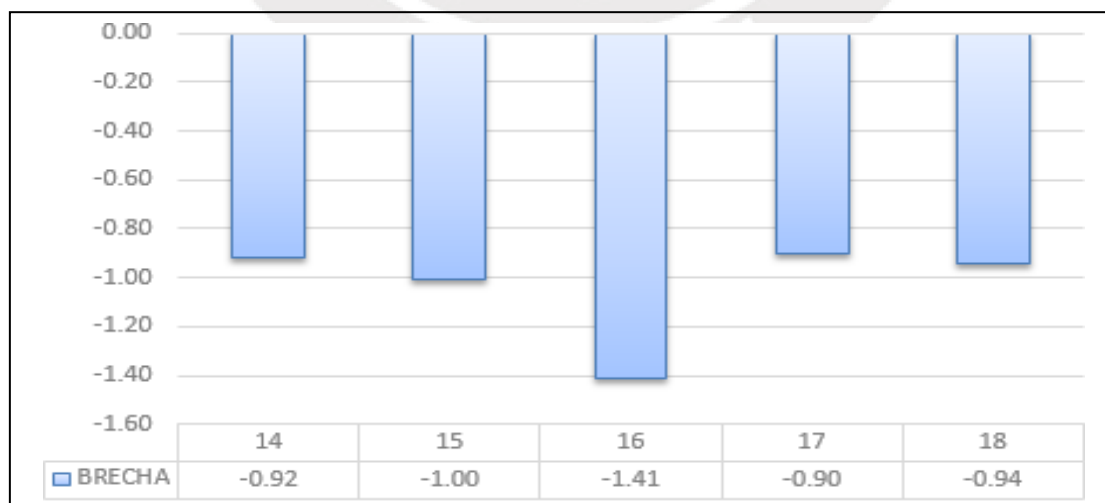
En la dimensión Seguridad existen dos brechas marcadas: las referentes al ítem 11 y 12 del cuestionario. El ítem 11 hace mención a la realización de un examen completo y minucioso por parte del médico, mientras que el ítem 12 refiere a brindar el tiempo suficiente para contestar las dudas o preguntas sobre su problema de salud.

**Figura 22: Expectativa y Percepción de la Dimensión**



En esto se denota la importancia que los usuarios otorgan a un servicio de salud. Este hecho encuentra su justificación en la misma naturaleza del servicio, pues independientemente de si el usuario es consciente de su derecho a recibir una atención de calidad orientada a salvaguardar su salud, la importancia que otorga a un aspecto tan importante de su vida, como la salud, hace que la exigencia sobre la calidad del servicio sea mayor. Cabe resaltar que en esta dimensión, ambas poseen el nivel de expectativas más alto, a su vez que el nivel de percepción más bajo.

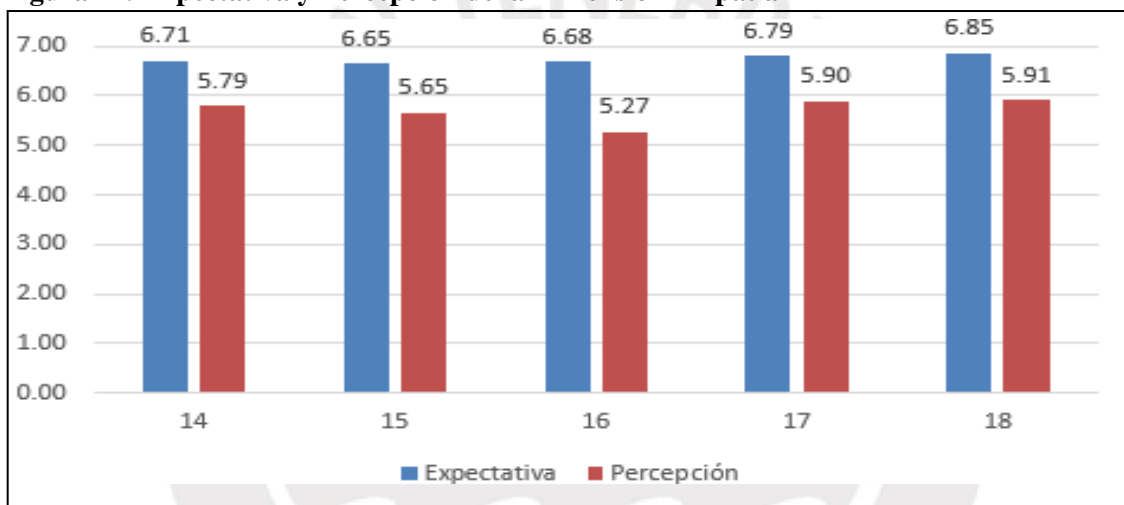
**Figura 23: Brecha de la Dimensión Empatía**



La dimensión Empatía presenta la menor brecha de baja calidad del servicio percibida por el paciente con respecto a los servicios médicos prestados de consulta externa en Medicina General. Es por esto, que los ítems que se encuentran dentro de ella también presentan una puntuación no muy baja comparados con los de otras dimensiones.

Sin embargo, es importante señalar que esta dimensión también muestra una brecha negativa, es decir, las percepciones no llegan a cubrir a las expectativas, como sucede en los demás casos. Dentro de esta dimensión el ítem que más llama la atención por presentar una brecha más elevada es el del trato que el paciente percibió por parte del personal de admisión, por lo que se constituye este como el punto más débil por mejorar.

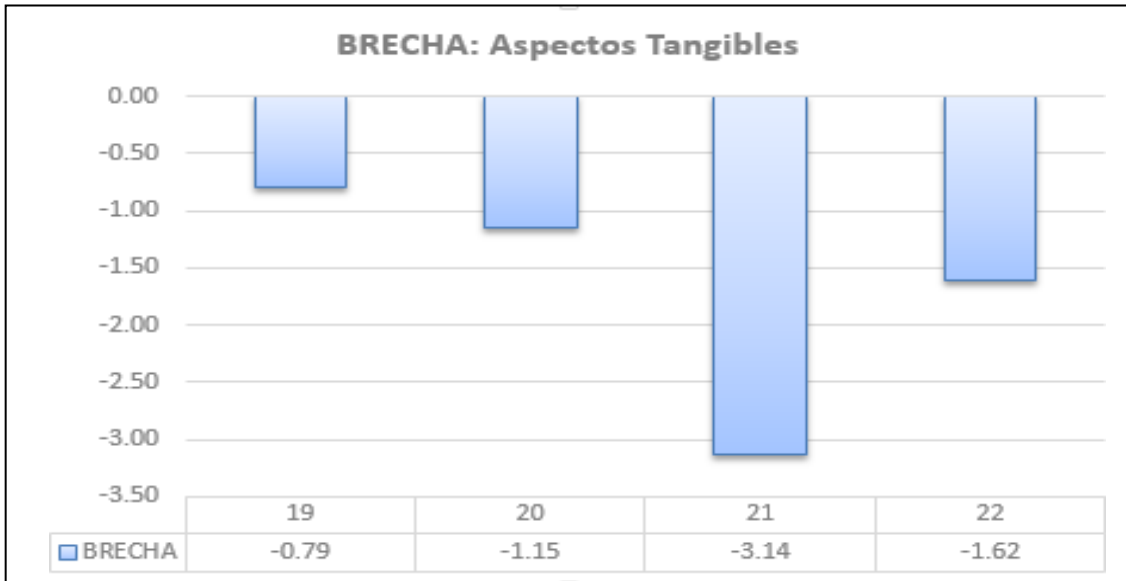
**Figura 24: Expectativa y Percepción de la Dimensión Empatía**



Las expectativas en la dimensión Empatía, como en el caso de todas las demás dimensiones, posee un máximo puntaje en la escala de Likert de 7 puntos, mientras que las percepciones se ubican por debajo de las anteriores con una puntuación cercana al número 5. El ítem que muestra una mayor brecha entre ambos es el 16, el cual señala que las percepciones de la pregunta que refiere a si el personal de admisión trata con amabilidad, respeto y paciencia son muy inferiores a sus expectativas correspondientes.

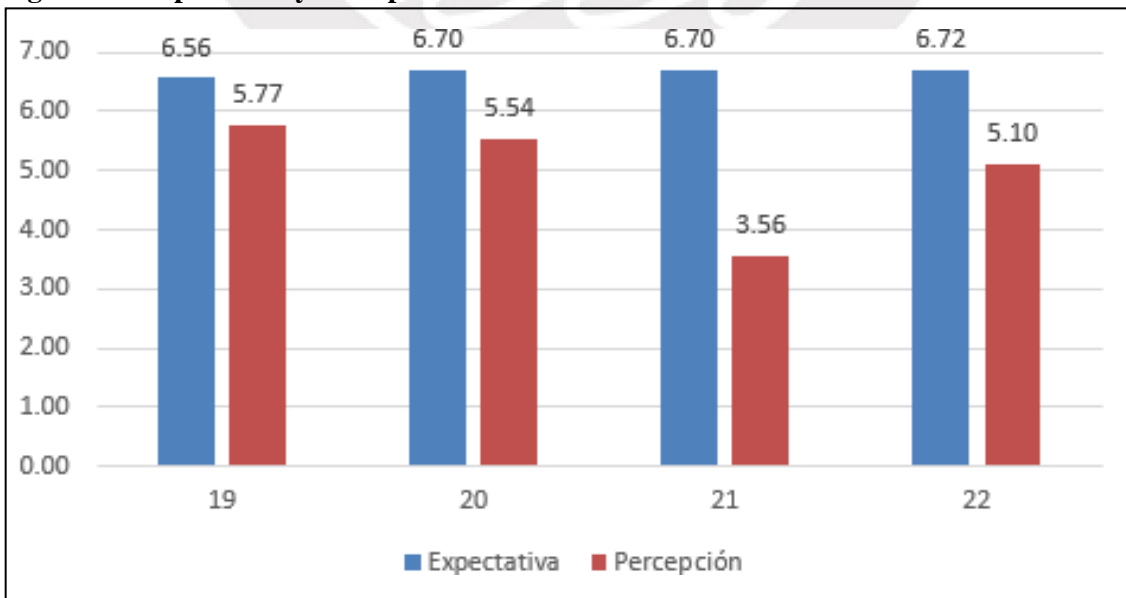
Por el lado contrario, el ítem 17, si usted comprendió la explicación que el médico le brindó sobre su estado de salud, arroja la menor brecha. Esto indica que la calidad del servicio de ese ítem es la que menor brecha presenta, lo cual señala un aspecto a favor dentro de los resultados encontrados en la evaluación.

**Figura 25: Brecha de la Dimensión Aspectos Tangibles**



La brecha de aspectos tangibles o tangibilidad es una de las que arroja una mayor brecha en cuanto a valores de percepciones y expectativas. Dentro de ella, el ítem 21 es el que muestra el grado de menor calidad de servicio, y se refiere a si el establecimiento de salud contó con baños limpios o no; en este el grado de valoraciones de las percepciones es muy reducido en comparación a las altas expectativas de los usuarios. Por su parte, el ítem 22 señala también una baja puntuación en la categoría de si el establecimiento contó con los materiales y equipo necesarios para brindar una buena atención. En este último caso, hay que tomar en cuenta que al tratarse de un servicio de salud, esta categoría es vital si se desea brindar un servicio de calidad y garantía.

**Figura 26: Expectativa y Percepción de la Dimensión**



Por su parte, la dimensión de aspectos tangibles es la que posee al ítem con una brecha más pronunciada respecto a la puntuación de percepciones y expectativas de todas las dimensiones, esto se evidencia en el ítem 21 en mención, la cual arroja una brecha de -3.14 de insatisfacción con respecto a si el establecimiento de salud contaba con baños limpios para los pacientes. Es así que este punto consiste en un área importante por mejorar en el servicio si se quiere elevar el nivel de calidad que brinda, ya que los servicios higiénicos constituyen un posible foco infeccioso de enfermedades. Los demás ítems muestran un grado de insatisfacción fluctuante entre -0.79 y -1.62 lo cual avizora brechas negativas que se podrían mejorar así como el caso del ítem 22 respecto a si el consultorio contó con equipos y materiales necesarios para la atención pero ninguna tan alarmante como la anteriormente señalada. En resumen, los ítems que han obtenido las brechas más altas de insatisfacción en cada dimensión correspondiente, son los que se visualizan en la siguiente tabla:

**Tabla 31: Ítems con brechas más altas de nivel calidad percibida por dimensión**

Dimensión	Ítems
Fiabilidad	5, 4
Capacidad de respuesta	9,7,8
Seguridad	11,12
Empatía	16
Aspectos Tangibles	21,22

## **CAPÍTULO VI: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA ENCUESTA SERVQUAL Y DE LOS HALLAZGOS DE LAS ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD**

### **1. Priorización a través del diagrama IP**

Según Sangüesa, Mateo e Iñarbe (2006), para la interpretación de resultados de las encuestas SERVQUAL es válido utilizar el gráfico IP, que denota Importancia y Performance (Ejecución), con la finalidad de encontrar qué características debemos priorizar para que sean mejoradas. Para aplicar la matriz IP, primero se tomó el promedio de los resultados por ítem (pregunta) de la encuesta SERVQUAL. En segundo lugar, se realizó el cálculo del promedio total de Expectativa y Percepción; esto permitió determinar la división de la matriz IP en cuatro cuadrantes. De esta forma, se realizó la división en 5.1 en el eje de las ordenadas y 6.6 en el eje de las abscisas, las cuales se presentan en la siguiente tabla:

**Tabla 32. Tabulación de los promedios de cada ítem de la Encuesta SERVQUAL Expectativa y Percepción**

<b>Ítem Encuesta SERVQUAL</b>	<b>Expectativa</b>	<b>Percepción</b>
1	6.3	5.6
2	6.4	5.3
3	6.5	4.6
4	6.4	4.0
5	6.5	3.9
6	6.4	5.1
7	6.4	4.1
8	6.2	4.2
9	6.8	4.5
10	6.8	6.0
11	6.8	5.4
12	6.8	5.5
13	6.6	5.7
14	6.7	5.8
15	6.6	5.6

**Tabla 32: Tabulación de los promedios de cada ítem de la Encuesta SERVQUAL Expectativa y Percepción (continuación)**

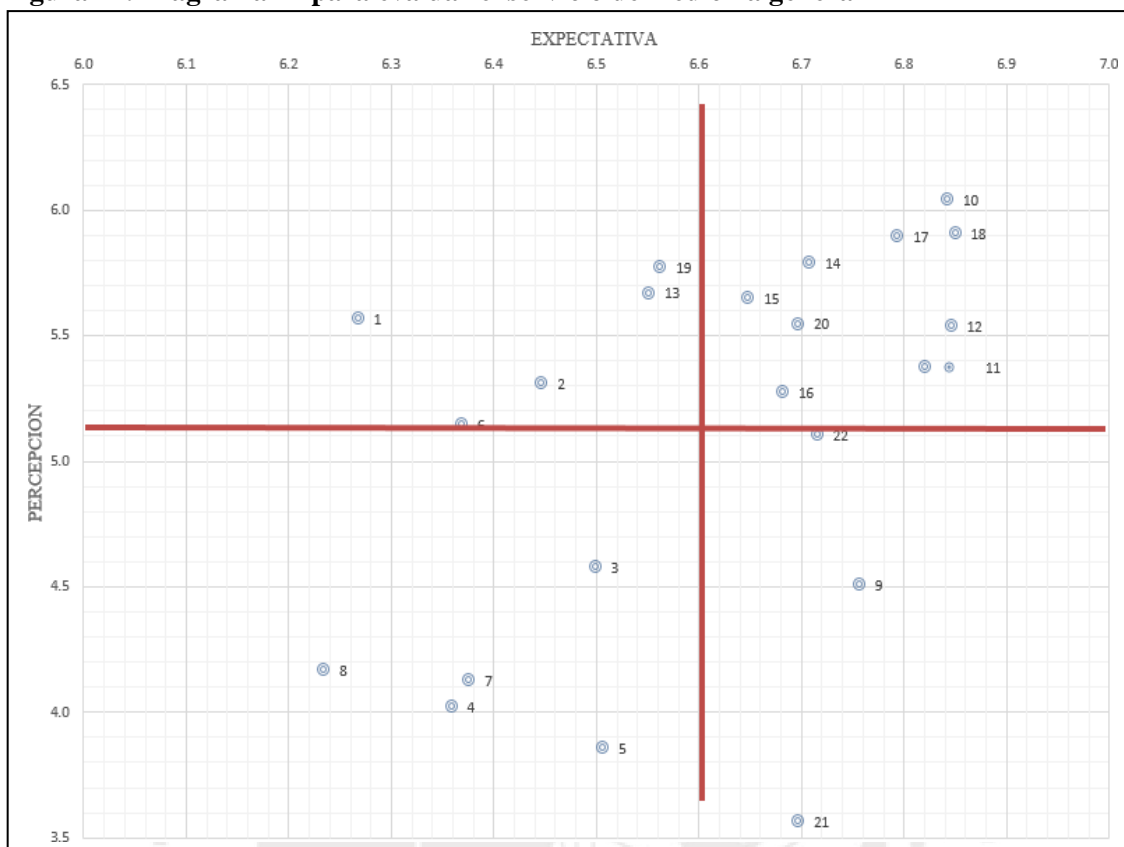
16	6.7	5.3
17	6.8	5.9
18	6.9	5.9
19	6.6	5.8
20	6.7	5.5
21	6.7	3.6
22	6.7	5.1
	<b>6.6</b>	<b>5.1</b>

Para ubicar en el diagrama los pares ordenados (Percepción, Expectativa), se ha considerado lo siguiente:

- En el eje de ordenadas, se ha ubicado a las percepciones, pues el diagrama IP determina que en este se debe ubicar a la ejecución que refiere a cómo se cumple con las exigencias del cliente. De esta forma, se ubicó en este la puntuación promedio de cada ítem de la encuesta SERVQUAL - Percepciones.
- En el eje de abscisas se ha ubicado a las expectativas, pues en el diagrama IP se ubican las características del servicio que son de importancia para el cliente. De esta forma, se ubicó la puntuación promedio de cada ítem de la encuesta SERVQUAL - Expectativas.

Una vez que se tienen ubicados las coordenadas se procede a armar el diagrama IP, el cual se presente en la siguiente figura:

**Figura 27: Diagrama IP para evaluar el servicio de medicina general**



## 2. Ítems seleccionados en base al Diagrama IP

En base al Diagrama IP, se seleccionó a los ítems que se encontraron con un nivel de baja percepción respecto al promedio y con expectativas tanto altas como bajas, los ítems que resultaron de esta evaluación se detallan en la tabla 25.

**Tabla 33: Ítems priorizados en base al Diagrama IP**

Nº	Ítems
ítem 3	La atención por el médico se realiza según el horario publicado en el EESS
Ítem 4	El establecimiento cuenta con mecanismos para atender quejas o reclamos de los pacientes
Ítem 5	La atención en el área de admisión sea rápida
Ítem 7	La farmacia cuenta con los medicamentos que receta el médico
Ítem 8	El tiempo de espera para ser atendido en consultorio sea corto
Ítem 9	Durante la atención en el consultorio se respeta la privacidad
Ítem 21	El EESS cuenta con baños limpios para los pacientes
Ítem 22	El consultorio cuenta con equipos disponibles y materiales necesarios para la atención

Pese a que la matriz supone escoger solo a los ítems del cuadrante baja percepción y alto nivel de expectativas o importancia se decidió tomar no solo a estos sino también a los ítems de baja percepción o nivel de ejecución y bajas expectativas dado que presentaban un bajo

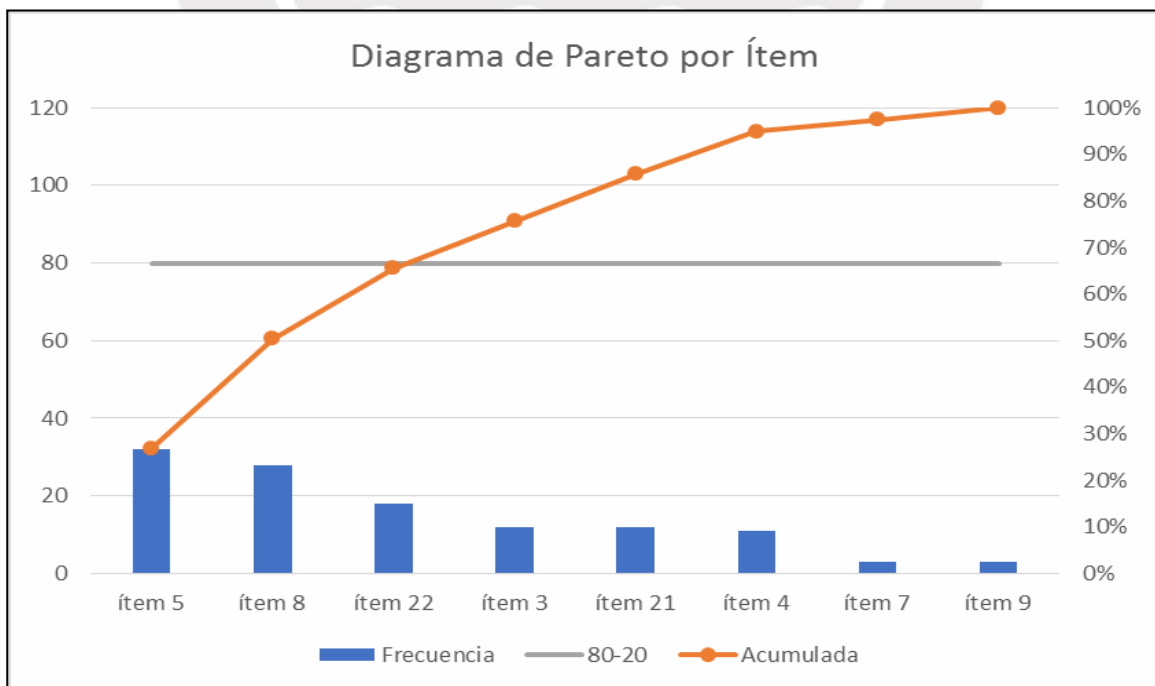
nivel de ejecución en la realidad, así que bajo este criterio se les consideró dentro de los ítems a evaluar, la viabilidad de posibles recomendaciones. Los resultados de esta matriz fueron *inputs* para la realización de las entrevistas a profundidad con los coordinadores de área. Los resultados de las mismas permitieron profundizar en las causas de dichos ítems, las mismas que serán usadas en los procedimientos posteriores.

Asimismo, cabe resaltar que el recojo de datos se planteó en el contexto de cambios fundamentales tanto a nivel del CMI como de entidades superiores, a las cuales este está supeditado. Los principales fueron el cambio al sistema de citas y el cambio al sistema de historias clínicas electrónica. Además, el cambio de DISA a DIRIS también afectó las actividades del CMI, como señalan los entrevistados.

### 2.1 Diagrama de Pareto

A continuación, se procederá a realizar un diagrama de Pareto con los ítems resultantes del análisis de priorización del diagrama IP, teniendo como problemas principales los señalados en los ítems a priorizar. Esto se hace con el objetivo de conocer cuáles son los problemas que reúnen las causas de la mayor cantidad de problemas que se dan en el servicio de consulta externa de Medicina General siguiendo la regla 80-20 que propone la Ley de Pareto. Así, con los problemas obtenidos que han sido representados por los respectivos ítems a los que refieren servirán de insumo para la siguiente fase de análisis.

Figura 28: Diagrama de Pareto de los ítems priorizados

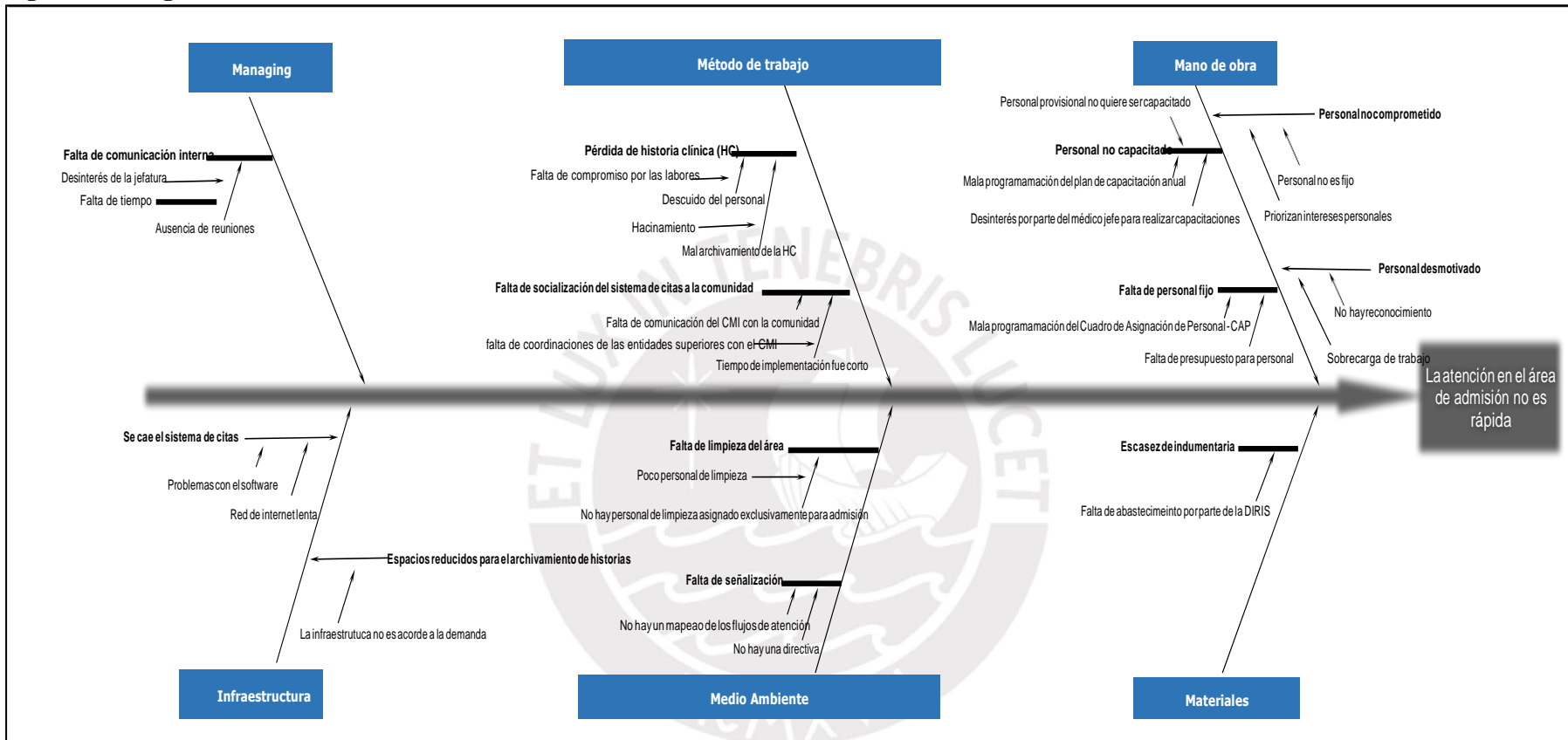


## **2.2 Diagrama Ishikawa**

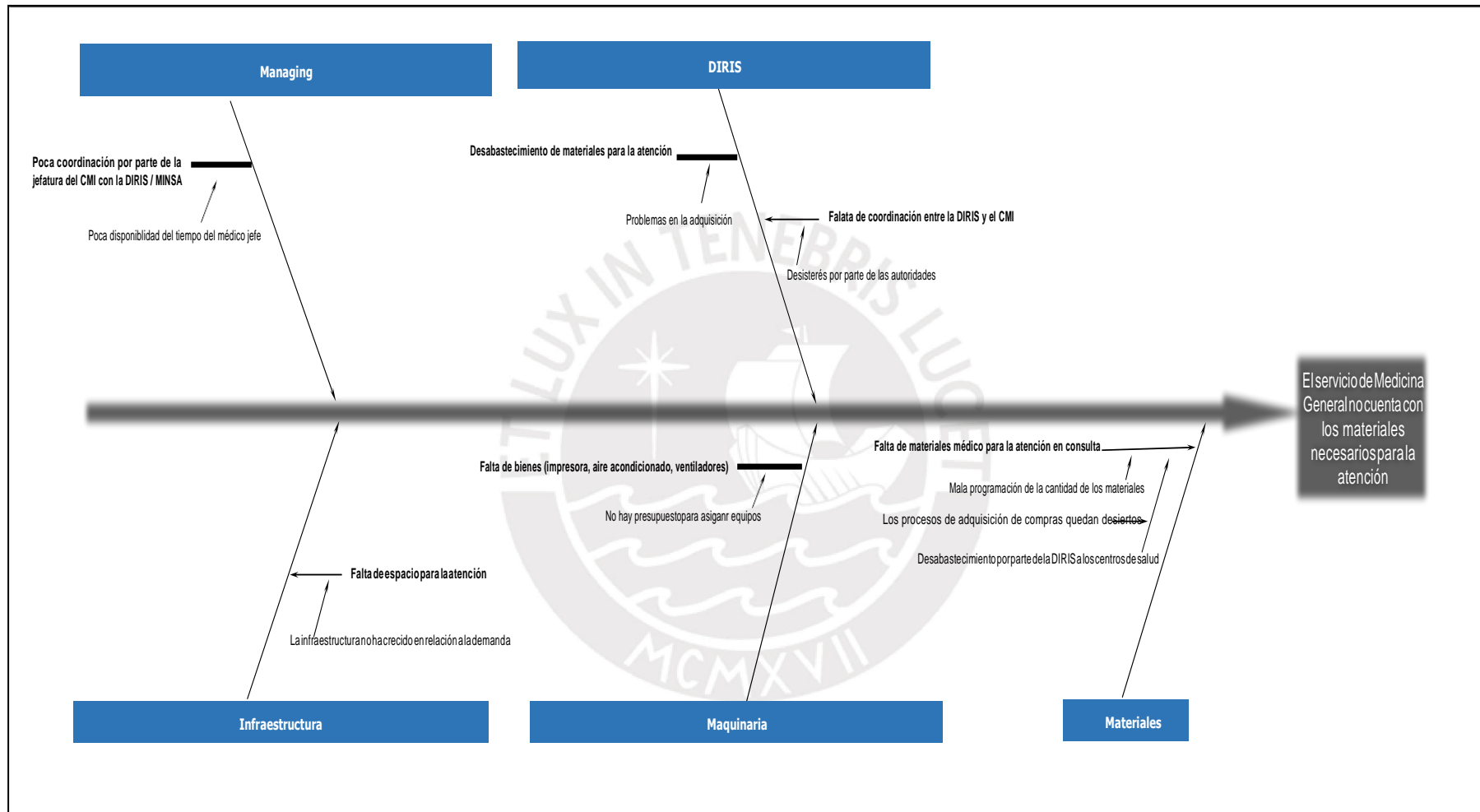
En esta fase se procederá a realizar los diagramas de causa y efecto, o también conocido como diagramas Ishikawa para cada uno de los problemas o ítems resultantes del diagrama de Pareto. Esto tiene como objetivo conocer a profundidad cuales son las causas y sub-causas que originan dichos problemas. Este análisis se realizará usando las dimensiones o Ms que se requieren para el análisis de un servicio, las cuales son materiales, métodos, maquina, mano de obra, medio ambiente, mediciones, managing o gerencia y dinero (Mariño 2002). Asimismo, se le agregaron algunas dimensiones a conveniencia de esta investigación como Usuario y DIRIS. Posteriormente se procederá con el análisis de las dimensiones que cuenten con más causas según su presencia e importancia en los diagramas y se planteará para cada una de ellas posibles recomendaciones.



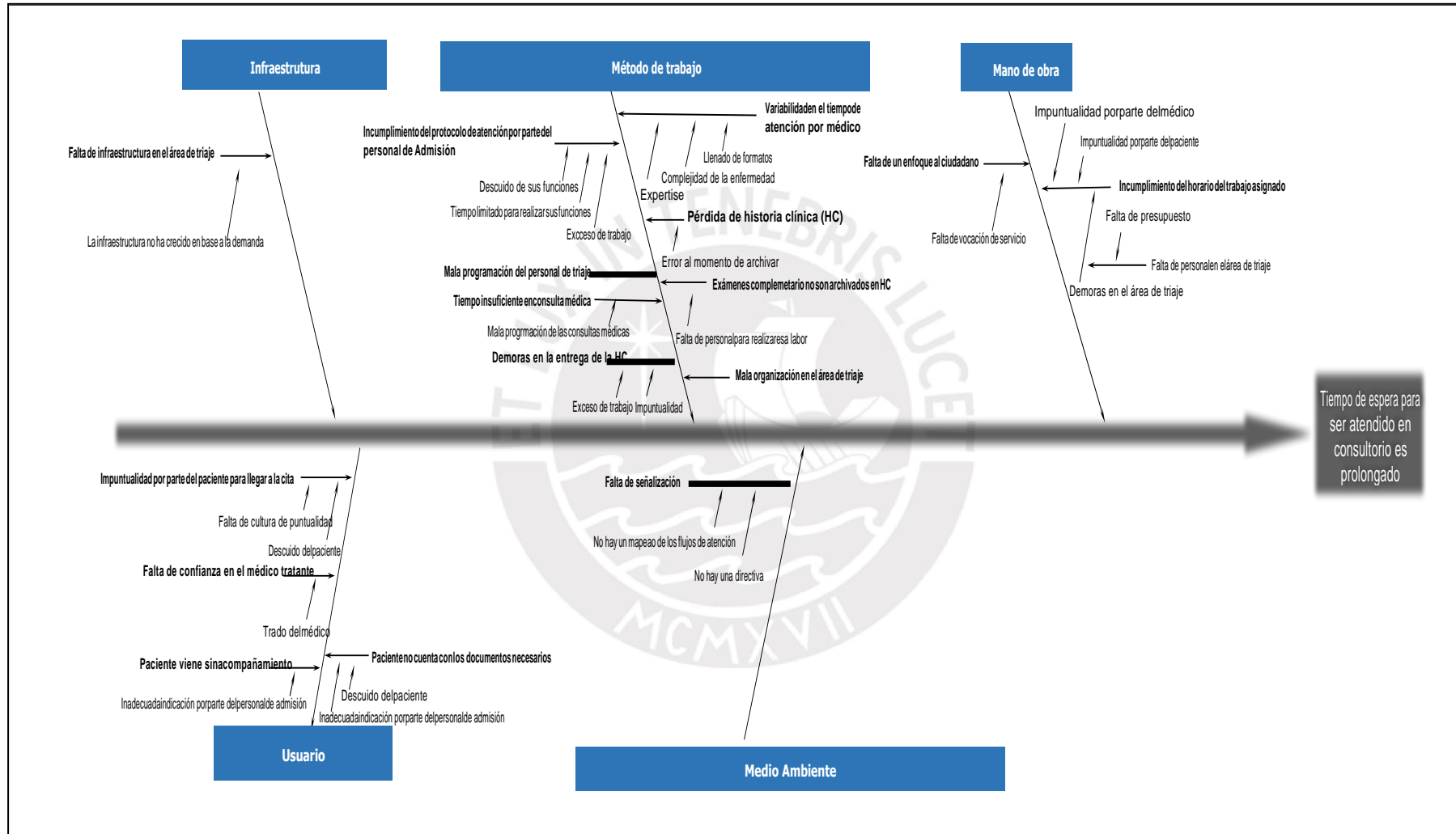
**Figura 29: Diagrama de Ishikawa – Ítem 5**



**Figura 30: Diagrama de Ishikawa – Ítem 22**



**Figura 31: Diagrama de Ishikawa – Ítem 8**



### **2.2.1 Análisis de las dimensiones del Diagrama Ishikawa**

Dos de las dimensiones que formaron parte del análisis fueron escogidas para su análisis: Mano de obra y Método de trabajo. Una de los criterios de elección fue la cantidad de causas y sub-causas que se mapearon, lo cual facilitó el análisis obteniendo mayor impacto en la organización. En el caso de las dimensiones que no se alcanzó a analizar, fue principalmente porque no se contaba con información necesaria para trabajar, debido a que muchos de ellos tendrían un fuerte componente de presupuesto, así como coordinaciones a nivel gerencial, lo cual no forma parte del alcance de este trabajo. Como segundo criterio, se consideró usar dos de las perspectivas del *Balanced Scorecard*, debido a que son los dos principales pasos para alcanzar objetivos institucionales, dichas perspectivas son aprendizaje y desarrollo, que tiene un fuerte componente de manos de obra, ya que se ve temas de capacitación, así como aspectos relacionados a la motivación del personal; y procesos internos, enfocado en el método de trabajo. Estas perspectivas se alinearán a la perspectiva financiera para alcanzar al usuario final ubicado en la perspectiva usuario.

### **2.2.2 Mano de obra**

Uno de los principales problemas que se ha detectado en el CMI está relacionado a la Mano de Obra. Esto se empeora con la sobrecarga de trabajo que existe en las UPSS como Medicina General y Triage. Sin embargo, no es un problema exclusivo del CMI de estudio, sino que está generalizado en la mayoría de las entidades públicas.

A pesar de que los recursos humanos son el factor principal de la organización, debido a que es un aspecto clave de los servicios, el CMI no cuenta con una adecuada gestión de recursos humanos. Esto se debe a que, en el sector público, los RRHHs es el área en el que menos se ha estado trabajando en los últimos años. Recién con la ley SERVIR, esta situación ha estado cambiando, sin embargo, el enfoque que se está dando es en relación a la meritocracia y a la uniformización de sueldo, dejando de lado aspectos importantes como la motivación al personal, así como mejorar el clima organizacional en el cual los servidores públicos desarrollan sus labores.

Antes de empezar con el análisis es necesario mencionar los principales problemas que se presentan en los RRHHs del sector público. Según Echebarría, son los siguientes:

- Un exceso de uniformidad en los marcos reguladores del empleo reduce la capacidad de adaptación a entornos plurales y de reacción frente a los cambios.
- Hay demasiadas regulaciones, lo que conduce a un alto y excesivo grado de estandarización de las prácticas de personal.

- La gestión está excesivamente centralizada. Los directivos disponen de escasa autonomía para el ejercicio de sus responsabilidades en materia de gestión de sus recursos humanos.
- La organización del trabajo (estructuras y puestos) se halla encorsetada y atomizada. Con frecuencia, deriva de la ley o los acuerdos colectivos centralizados, y no de los gestores. Hay un exceso de especificación de las tareas que introduce rigidez en la asignación del trabajo.
- La movilidad es baja, tanto en su dimensión interna como externa. La movilidad interna se halla dificultada por el exceso de reglamentación de tareas, ya mencionado, y a veces por la existencia de barreras horizontales y verticales.
- Los sistemas de reclutamiento y selección son largos, complejos, y excesivamente formalizados. Hay un peso excesivo de los conocimientos y los méritos formales.
- Se constata un exceso de seguridad (percepción de estabilidad garantizada) en el trabajo.
- La promoción se halla dificultada por la existencia de barreras de grado que dificultan los ascensos. Con frecuencia, se otorga un peso excesivo a la antigüedad.
- Es frecuente que se retribuya por el grado y no por el puesto, lo que no vincula el salario a la responsabilidad asumida y las cargas de trabajo reales. Los grados pueden convertirse, además, en barreras para la progresión salarial.
- Hay una separación casi absoluta entre el desempeño en el puesto y el funcionamiento de los sistemas de promoción y retribución. Las experiencias de retribución al rendimiento chocan con la inexistencia de mecanismos eficaces de evaluación.
- Los sistemas adolecen de una baja capacidad de producción de competencias y perfiles directivos.
- Los estilos directivos tienden al paternalismo. Frecuentemente, adoptan conductas de apoyo al personal, más que de exigencia.
- Impera el colectivismo en las relaciones laborales, lo que entra en colisión con necesidades crecientes de segmentación y personalización de las prácticas de personal. En ocasiones, se detecta una tendencia a un alto grado de conflicto.

Como se puede observar, los problemas que se presentan en el sector público son variados y se centra principalmente en la estructura burocrática que tienen las organizaciones públicas. En ese sentido, a través del diagrama de Ishikawa previamente elaborado, se indicó que los principales problemas relacionados a la mano de obra son los siguientes:

**Tabla 34: Causas y sub-causas evidenciadas en base a las entrevistas - mano de obra**

Nro.	Causas	Sub-causas
1	No capacitación al personal	Personal provisional No hay un plan de capacitación Desinterés del médico jefe sobre esa actividad
2	Personal no es fijo en el área	Alto índice de rotación en las áreas
3	Personal no comprometido	No es personal fijo Priorizan intereses personales
4	Personal desmotivado	Sobrecarga de trabajo Estrés laboral Ausencia de un plan de reconocimiento
5	Incumplimiento de los horarios asignados de trabajo	Impuntualidad del médico tratante Impuntualidad por parte del paciente Demoras en el área de Triage

**a) Causa nro. 1: Personal no capacitado**

Las capacitaciones son parte medular del desarrollo de los servidores público, no solo porque les brinda herramientas necesarias para poder desarrollar sus labores de forma efectiva, sino que elevan el valor de la organización, así como reducen las brechas de aprendizaje. En ese sentido, resulta ser el primer paso hacia la generación de valor público, así como a elevar la calidad percibida.

Es así que, en la elaboración de un *Balanced Scorecard*, las capacitaciones están delimitadas en la perspectiva aprendizaje y desarrollo, lo cual permitirá que se desarrollen los objetivos institucionales. Asimismo, estas capacitaciones deben estar enfocadas en alinear los recursos y las personas en una misma dirección. En relación a esto, los Planes de Capacitación Anual de las entidades públicas cumplen un papel primordial, su elaboración debe considerar aspectos como analizar la necesidad de capacitación, considerar las competencias que se van a capacitar y tienen que estar alineadas a los objetivos del establecimiento. A esto se le agrega que se debe considerar el monitoreo de la actividad de capacitación, así como la evaluación de los resultados del personal capacitado.

A pesar de los mencionado, en base a las entrevistas realizadas al personal del CMI, así como a revisión de documentación de gestión, las capacitaciones terminan siendo esporádicas y no se guían de un desarrollo propio del recurso humano, sino que se observan como parte de un plan de contingencia que se utiliza cuando es necesario desarrollar alguna actividad en específica, como campañas de vacunación, friaje y heladas, etc. A esto se le agrega que las capacitaciones están centradas al 100% en el personal asistencial dejando de lado al personal administrativo (área de admisión), el cual es el primer contacto del paciente con el establecimiento.

Por otro lado, se recoge que existe un desinterés por el médico jefe en realizar capacitaciones, esto puede estar relacionado a que el personal no quiere participar en estas actividades, en especial el personal que es provisional en el área, debido a que se considera que el conocimiento adquirido no va incidir en mejorar sus actividades principales. A esto se le agrega que para llevar a cabo las capacitaciones se debe realizar todo un proceso de solicitud que termina siendo engorroso y consume tiempo, así como un esfuerzo en el seguimiento a la solicitud. Tal como lo menciona Echebarría, los jefes de establecimiento de salud público poseen una “escasa autonomía para el ejercicio de sus labores en materia de gestión de recursos humanos” (Echebarría, 2015).

Como recomendación se plantea que las capacitaciones al personal del CMI deben ser más recurrentes, en especial en el personal administrativo, debido a que este maneja información sensible que se refleja en las historias clínicas, el cual es un documento legal. Asimismo, es necesario que el personal tenga capacitación relacionado a Archivamiento de Documentos para que pueda preservarlos adecuadamente.

En base a desarrollar habilidades blandas, se deben programar capacitaciones enfocadas en atención al usuario y manejo de controversias. A esto se le agrega que con la nueva implementación la Historia Clínica Digital, el personal de admisión debe estar familiarizado con el manejo de software para agilizar los procedimientos de atención. En base a lo mencionado, se presenta el prototipo de un cuadro de capacitaciones:

**Tabla 35: Propuesta de Plan de capacitación Anual del CMI**

Plan de Capacitaciones Anual de la Entidad (PCA) - Personal de Admisión		
Obj1: Reforzar habilidades blandas	Actividades	Documento
Cap 1: Buen trato al público Cap 2: Solución de controversias.	Análisis de las necesidades de capacitación  Elaboración del Plan Capacitación Anual  Evaluación y Monitoreo del Plan de Capacitación	Informe
Obj2: Reforzar conocimiento relacionado a la Historia Clínica (HC) en papel (HCP) y digital (HCD)		Informe
Cap 3: Curso sobre archivo Cap 4: Norma Técnica de archivamiento HC Cap 5: E-Qhali (Software de HCD)		Informe

Adaptado de Plan Anual de Desarrollo de Capacidades - Hospital Arzobispo Loayza (2014)

Los planes de capacitación tienen que contener objetivos delimitados, así como la lista de actividades que se requieren para hacer posible la capacitación. Asimismo, como paso previo

es necesario identificar las falencias del personal, para poder enfocar en qué aspectos se deben reforzar y así disminuir la brecha de conocimiento entre el personal.

A nivel del MINSA, es necesario implementar convenios interinstitucionales con universidades, institutos técnicos entre otros para poder brindar precios accesibles al personal que desee capacitarse en algún tema que no se contemple el PCA. Además, se recomienda revisar las ofertas de la Escuela Nacional de Administración Pública - ENAP, la cual facilita talleres, cursos y conferencias gratuitas.

Por parte del CMI, lo que se debe manejar es mayor flexibilidad en el manejo del horario laboral con la finalidad de que el servidor público pueda asistir a dichos talleres. Asimismo, se debe manejar paneles en los cuales se indiquen aquellas instituciones que tienen algún convenio con el MINSA y la oferta de cursos que ofrece con la finalidad que el personal esté enterado y no deje pasar esas oportunidades, así como los cursos que ofrecen las entidades públicas y que en muchos casos son gratuitos para el servidor público.

**b) Causa nro. 2: Ausencia de personal fijo**

Como se había mencionado anteriormente, el tener personal provisional en ciertas áreas del establecimiento viene a ser algo recurrente en el sector público. Esto ocasiona sobrecarga de trabajo, malestar en el personal, así como posibles fallas en el flujo de atención, debido a que el personal provisional no conoce a profundidad los procesos de las labores que desarrollará. La razón principal se debe a que, entidades como los CMIs no cuentan con un presupuesto propio del cual puedan manejar, así como tampoco llevan sus propios procesos de convocatoria de persona, ya que estas actividades se dan a nivel de DIRIS.

En ese sentido, el personal que tiene poca carga laboral termina apoyando a otras áreas. Este caso se presenta más en el área de admisión, en el cual se cuenta como personal de apoyo al responsable de almacén, los choferes entre otros para poder cumplir con sus actividades. Si a esto se le agrega que los procesos de reclutamiento pueden quedar desiertos, con lo cual se tienen que volver a realizar estos procesos que se caracteriza por ser “largos, complejos, y excesivamente formalizados” (Ellegren, 2015).

Es por eso que los establecimientos I-4 terminan trabajando con el mismo nivel de personal con el que iniciaron y, en caso el establecimiento crezca y amplíe sus servicios, este no crece proporcionalmente a la demanda, con lo cual crea una saturación y cuellos de botellas difícil de solucionar y generando que la calidad percibida por parte del usuario decaiga.

A modo de recomendación se puede mejorar el siguiente aspecto: delimitar bien el perfil del puesto que se piensa convocar para evitar las convocatorias desiertas. Muchas de las instituciones públicas buscan un perfil muy específico para labores que no requiere una especialización, otro aspecto a considerar al momento de realizar el formato es que la experiencia solicitada debe ser realista; para un especialista mínimo unos tres años, lo que es apoyo administrativo de un año a año y medio. En base a lo mencionado se presenta el formato que maneja SERVIR (ver anexo M), cual se organiza de la siguiente manera: 1) Identificación del puesto, el cual se enfoca en delimitar los datos del puesto (área que lo solicita, nombre del puesto que se solicita, etc.), 2) Misión del puesto, relacionado a qué es lo que se busca con el puesto; 3) Funciones del puesto, enfocado en delimitar las actividades que realizará el servidor, coordinaciones principales, las cuales se dividen en internas y externas; 4) formación académica, el cual se divide en nivel académico, estudios requeridos para el puesto; 5) Conocimientos, en el cual se indica aquellos aspectos que el servidor debe conocer; 6) Experiencia, las cantidad de años de experiencia general y específica y 6) Habilidades y competencias.

**c) Causa nro. 3: Personal no comprometido**

Una de las razones por la cual no hay un compromiso por parte del personal ya se ha mencionado: el personal intermitente. La falta de personal fijo refiere a que no haya un compromiso con el área donde se labora. Caso claro se da en el área de Admisión, donde el personal que está de apoyo no realiza las labores a conciencia, lo cual ocasiona un alto índice de pérdidas de historias, así como falta de habilidades para la atención al público.

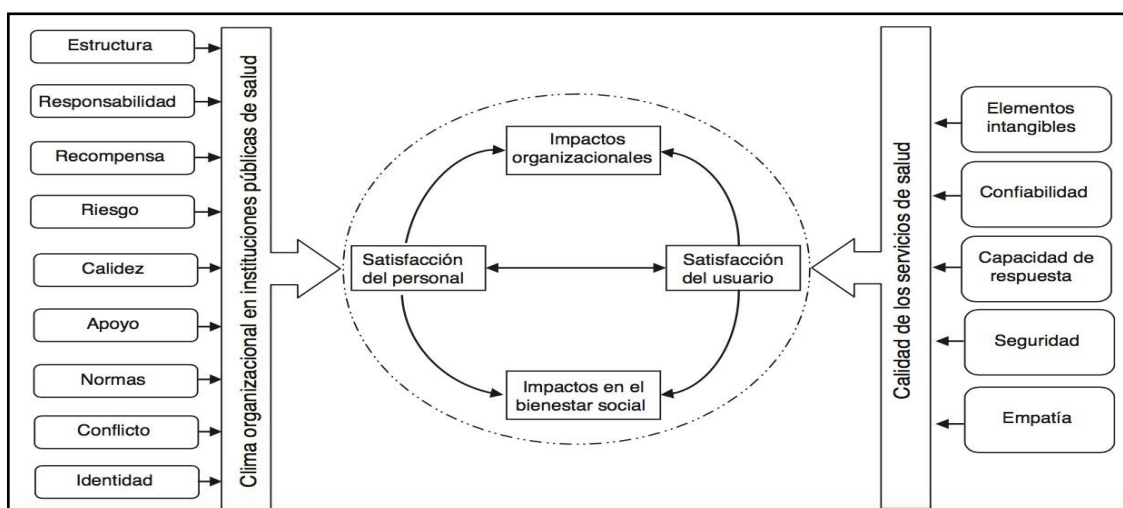
En ese sentido, el no sentirse parte de un equipo desliga al usuario de los objetivos delimitados del área, por lo cual, es necesario manejar una correcta comunicación interna para reforzar los objetivos y alinearlos a los objetivos del personal. Debido a esto, el clima organizacional juega un papel importante debido a que es uno de los mecanismos que tienen los directores para analizar la lealtad, así como la lealtad de los colaboradores de la organización (Domínguez, Ramírez y García 2013). En base a esto, el clima organizacional termina siendo una herramienta para reforzar el compromiso de los colaboradores con la institución; por lo cual, cualquier variación en este aspecto tendrá impacto directo en las personas que están dentro y afectará su desempeño laboral.

Asimismo, el personal comprometido buscará mantenerse en la organización, así como “una disposición por realizar un esfuerzo extraordinario en beneficio de ella y un

reconocimiento de los valores y las metas de la organización, así como la aceptación de estos (Mowday, Porter, y steers, 1982 citado de Domínguez, Ramírez y García 2013).

En base a lo mencionado, se concluye que el clima organizacional incide directamente en la calidad percibida del servicio, debido a que el compromiso afecta al desempeño laboral, y si este no fluye acorde a la demanda, la calidad percibida por parte del paciente disminuiría. Ambos aspectos se ven relacionados en la siguiente gráfica planteada por Bernal (2015):

**Figura 32: Modelo relacional del clima organizacional y la calidad de los servicios públicos de salud.**



Fuente: El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico, 2015.

Se puede observar que los factores que afectan el clima organizacional inciden en la satisfacción del personal y que las dimensiones de la calidad lo hacen, pero en el paciente. Sin embargo, ambos buscan dos principales objetivos: impactos organizacionales e impactos en el bienestar social. Es necesario mencionar que los principales inconvenientes que se presentan en el clima organizacional son “crecimiento excesivo de las áreas administrativas, un funcionamiento burocrático y procesos obsoletos, la falta de profesionalización del personal técnico administrativo, la rigidez en el control de gestión [...] el poder de decisión en instancias de la administración central” (Domínguez, Ramírez y García 2013, pp. 60). Es así que, para poder aumentar el compromiso con el personal y el CMI, es necesario manejar una mejor comunicación interna de los objetivos institucionales, así como aumentar las reuniones periódicas entre el personal y la gerencia para comunicar las nuevas actividades, así como recoger los problemas que se presentan durante sus labores y las posibles soluciones, de esta

manera se puede mejorar procesos y adaptarlos a la realidad del CMI. En ese sentido, se plantea el siguiente cronograma:

**Tabla 36: Cronograma de reuniones según actividad, periodo y responsable**

Actividades	Mes				Responsable	Dirigido
	1Sem	2Sem	3Sem	4Sem		
Retroalimentación	X	X	X	X	Jefe de área	Personal de área
Nuevos programas	X		X		Jefe del CMI	Dependerá del enfoque del programa
Avance del CMI				X	Jefe del CMI	Todas las áreas

Este tipo de herramienta permitirá tener fechas establecidas en las cuales se darán las reuniones, así como indicará los responsables. Esto puede reforzarse con actas de reunión donde se plasme lo que se acordó. Asimismo, cabe resaltar que, en las reuniones de retroalimentación, el responsable de comunicar los acuerdos son los jefes de área, para lo cual sería indicado manejar informes de ocurrencias para el caso de problemas que se hayan presentado a lo largo de la semana y se pueda indicar qué respuesta se dará de ahora en adelante. De esta manera se logrará mantener un flujo constante de comunicación y se reforzará los objetivos institucionales, lo cual promoverá el compromiso de los colaboradores.

**d) Causa nro. 4: Personal desmotivado**

La desmotivación en el personal es un problema que tiene gran alcance, debido a que afecta el desempeño de las labores del personal, estrés por el trabajo, etc. Mucho de estos aspectos se terminan reflejando en el modo como el trabajador interactúa con los pacientes. En ese sentido, tener un personal motivado es parte crucial de toda entidad. Es por eso que es necesario conocer aquellos aspectos que desmotivan al personal, para lo cual se tomará como referencia lo planteado por Herzberg (1959) en su modelo de los dos factores. En esta se delimitan dos factores que afectan la motivación de personal: los factores extrínsecos y los intrínsecos. El primero de ellos se relaciona a “la supervisión, la estructura, las condiciones físicas del trabajo, las remuneraciones, las prestaciones, la seguridad en el trabajo, y políticas y prácticas administrativas de la empresa”, mientras que los segundo se centran en “las responsabilidades laborales, oportunidades para el crecimiento y reconocimiento” (Ero Del Campo y Vidigal 2015, p. 182).

Siguiendo esta misma línea, los factores extrínsecos son difíciles de manejar en el sector público, en especial en establecimiento de salud en los cuales aspectos como el presupuesto no son manejados directamente, sino que dependen del MINSA, quienes son lo que toman las decisiones. Por lo que, a modo de recomendación, se debe trabajar a profundidad los factores intrínsecos y en base a eso, mantener la motivación alta, lo cual permite superar las adversidades que se presentan en la labor diaria.

En ese sentido, un plan de incentivo laborales no remunerativos que se enfocará principalmente en brindar reconocimiento con la finalidad de motivar al personal. Para alcanzar dichos objetivos se elaborarán actividades en fechas estratégicas, así como lo muestra el siguiente gráfico:

**Tabla 37: Modelo de reconocimiento en fechas estratégicas al personal del CMI**

Programa	Público objetivo	Fecha
Estímulos dirigidos a los trabajadores del CMI	Madres y padres del CMI	Día de la madre Día del padre
Conmemoración al día del empleado público	Servidores públicos	Día del Empleado Público
Reconocimiento por tiempo de años cumplidos de servicio	Servidores públicos que cumplen 25 y 30 años de servicio	Último día de junio y diciembre

Adaptado de: Plan de Incentivos Laborales no Económicos 2017 - Hospital Cayetano Heredia

**e) Causa nro. 5: Incumplimiento de los horarios asignados de trabajo**

Por último, el incumplimiento de los horarios de trabajo asignado, relacionado principalmente a la impuntualidad del médico o del paciente. Ambos casos ocasionan que haya un retraso en el flujo de atención, además es importante señalar que, si el paciente se retrasa, no solo afecta a la UPSS de medicina general, sino que también al área triaje, debido a que están interrelacionadas.

Para este caso, se recomienda manejar campañas de concientización de los usuarios para que lleguen a la hora acordada de la cita. Estas se pueden realizar en el momento donde los usuarios están en sala de espera. Para alcanzar este objetivo, se puede crear pequeños videos donde se refuerce la puntualidad en el usuario y ser difundidos a través de la televisión que está ubicada en la sala de espera. Otra forma en la cual se pueda evitar la impuntualidad del paciente, se pueden manejar llamadas o mensaje como recordatorios a los pacientes que tienen programadas citas.

### 2.3 Método De Trabajo

Método de trabajo es otra de las dimensiones de los diagramas Ishikawas de los ítems 5,8 y 22 que más presentan problemas en el desarrollo del servicio de consulta externa en la especialidad de Medicina General. Esta dimensión engloba todos los problemas que se dan en los procesos, procedimientos, formas de operar y maniobrar las acciones en el desarrollo de las operaciones de una organización. Entre las principales causas presentadas en los diagramas se encuentran las siguientes:

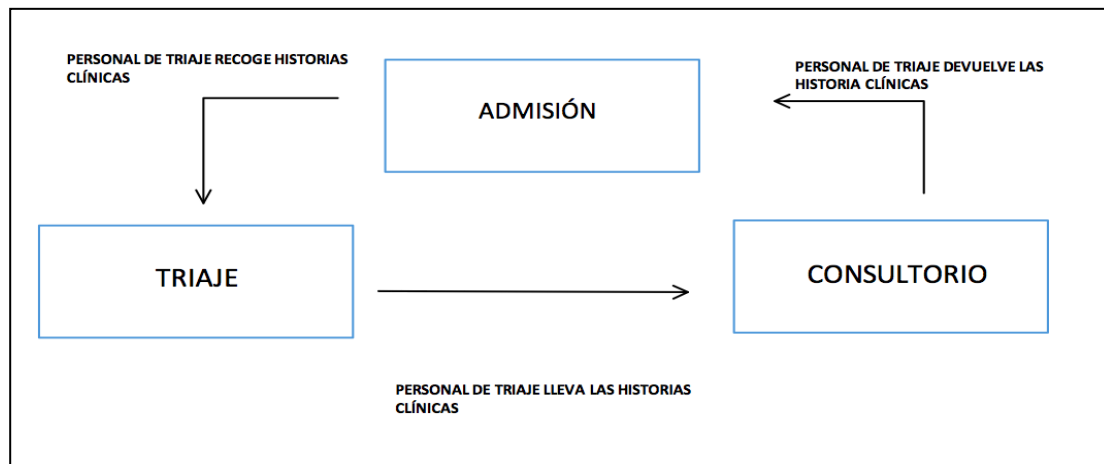
**Tabla 38: Causas y sub-causas evidenciadas en base a las entrevistas - Método de Trabajo**

NRO.	Causa	Sub-causas	Causas de las subcausas
1	Pérdidas de historias clínicas (HC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Error al momento de archivar</li> <li>• Descuido del personal</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Falta de compromiso por las labores <input type="checkbox"/> Hacinamiento
2	Incumplimiento del protocolo de atención por parte del personal de Admisión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descuido de sus funciones</li> <li>• Tiempo limitado para realizar sus funciones</li> </ul> Exceso de trabajo	
3	Mala programación de horarios del personal del área de triaje		
4	Tiempo insuficiente en consulta médica	Mala programación de las consultas	
5	Falta de 'socialización del sistema de citas' a la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de comunicación del CMI con la comunidad</li> <li>• Falta de coordinaciones de las entidades superiores con el CMI</li> </ul> Tiempo de implementación fue corto	

**a) Causa nro. 1: Pérdidas de historias clínicas (HC)**

La pérdida de historias clínicas en el CMI, en la mayoría de los casos, se da cuando estas se encuentran recorriendo su camino hacia el consultorio médico, es así que en ocasiones la historia no llega de admisión a triaje para que se proceda con la atención por parte de este personal o en otras la historia se pierde en su camino al consultorio desde el área de triaje. También hay situaciones en las que por error humano, al momento de archivarlas estas son extraviadas. En algunos casos, estas pueden ser encontradas cuando se archiva otra historia y, en caso no sea así, se procede a aperturar otra historia clínica para que el paciente pueda ser atendido.

**Figura 33: Circuito de las Historias Clínicas**



El elemento en común que guardan estas situaciones presentadas durante la atención del paciente en el servicio de consulta externa es que todas se dan por un inadecuado manejo de la historia clínica, la cual representa un documento de importancia médico legal en la que figuran los datos de identificación del paciente y los procesos referentes a su atención en el establecimiento de salud. Esta mala práctica, de acuerdo a la información recogida en las entrevistas realizadas a personal administrativo de la institución, tiene su origen en que muchas veces los encargados de devolver las historias clínicas en los archiveros del área de admisión es personal provisional de apoyo de dicha área. Es decir, personal que no pertenece al área de manera fija y que por lo tanto carece de conocimiento del manejo de las historias clínicas y que no está identificado con las labores que realizan los trabajadores fijos del área y, que en última instancia, carece de motivación por realizar esas funciones, las cuales no poseen algún tipo de reconocimiento o remuneración adicional por ser consideradas actividades realizadas dentro de su horario habitual de trabajo.

Es así que al ser maniobradas erróneamente se origina que muchas de las historias se extravíen, para evitar que situaciones como estas ocurran se debe proceder según lo señalado en la Norma Técnica de Salud para la gestión de la historia clínica vigente del Minsa. De acuerdo a este documento, se ha procedido a recoger las principales recomendaciones a manera de medidas preventivas que buscan evitar que situaciones como esta se presenten en el futuro, las cuales se procederá a mencionar en el siguiente apartado:

- El personal encargado del archivo de las historias clínicas deberá ser capacitado al menos una vez al año en los aspectos correspondientes al correcto manejo, organización, conservación, custodia y eliminación de las historias clínicas.

- Las historias clínicas de consulta ambulatoria deberán ser devueltas el mismo día de la atención con excepción de los casos de pacientes que hayan sido hospitalizados.
- Toda historia clínica que se retira de su lugar en el archivo debe ser reemplazada por un tarjetón de reemplazo diferenciado en color o tamaño de manera que permita el seguimiento de cada historia y se agilice su archivamiento cuando sea devuelta.
- Toda historia clínica que se retira de su lugar en el archivo para cualquiera de sus diferentes usos, deberá necesariamente ser registrada por la unidad de archivo en un cuaderno de registro o un medio informativo que indique el movimiento de préstamos y devoluciones de las historias clínicas de manera que quede consignada la salida y la recepción por los diferentes usuarios internos y su posterior devolución con las firmas respectivas debiendo verificarse la integridad del documento devuelto.
- Estará prohibido guardar historias clínicas en casilleros, escritorios, armarios o cualquier tipo de archivo personal.
- El CMI deberá contar con un sistema informático de registro, control, monitoreo y archivo de historias clínicas con información periódicamente actualizada y que cuente con acceso a recuperación por el número de identificación única del usuario.
- Finalmente, el Médico Jefe, Jefe de Departamento, Jefe de Servicio o responsable de la atención de salud debe disponer lo conveniente para asegurar la protección de la historia clínica, así como de la información contenida en ella, con el fin de evitar pérdidas, mutilación alteraciones o usos inapropiados por personas no autorizadas.

***b) Causa nro. 2: Incumplimiento del protocolo de atención por parte del personal de Admisión***

El protocolo de atención del personal de Admisión está contenido en el Manual de Procedimientos de Admisión Integral en establecimientos del primer nivel de atención que el Minsa ha puesto a disposición de la ciudadanía. De acuerdo a este documento la admisión integral, la cual es la primera fase del del proceso de atención integral intramural, “se refiere a aquella que promueve la atención integral siendo este un concepto que se traduce en procedimientos y actividades, diseñados para ofrecer al usuario y su familia las intervenciones y atenciones del Paquete Básico de Servicios” (Manual de Atención Integral 2001, p.5).

En este marco de atención, se debe dar satisfacción a las necesidades individuales de los usuarios de acuerdo a la atención integral y personalizada que se señala en el dicho manual. Entonces, teniendo en cuenta que durante el ingreso de los usuarios al EESS, es con la atención que reciben los pacientes por parte del área de admisión que se da el primer contacto entre ambos. En ese sentido, es importante que la información brindada a los pacientes sea verdadera

y oportuna según los requerimientos y necesidades del paciente. Entonces, con este primer acercamiento se procederá a trazar el camino a seguir para la atención según el motivo de la consulta del usuario.

En el CMI, es justamente en esta primera etapa donde se da el incumplimiento del protocolo de atención por parte del personal de admisión, porque dicho personal no refiere la información necesaria y oportuna al paciente. Uno de los ejemplos más comunes es que el paciente no es informado de que debe venir una hora antes de la hora programada de su cita en consulta.

Asimismo, no se le resalta la importancia que esto tiene para que reciba un servicio de calidad. De acuerdo a la información recabada en las entrevistas realizadas al personal del CMI esto se debería a la falta de tiempo por parte del personal de admisión, ya que al solo ser tres empleados con puestos fijos en el área existe una sobrecarga de trabajo lo cual impide que puedan llevar a cabo sus labores según lo estipulado en el protocolo. Dicha situación ha ocasionado que los trabajadores de otras áreas tengan que apoyar al área de admisión dada la falta de abasto del personal de esa área. Por otro lado, no todo se debe a la falta de personal en el área sino también al propio descuido de las funciones de dicho personal.

En consecuencia, los pacientes se ven afectados por este mal proceso llevado a cabo, ya que ellos al desconocer esta situación se atienden con retraso en el área de triaje y en el consultorio médico posteriormente. Es por esto, que a continuación se procederá a mencionar algunas recomendaciones que disminuyan la existencia de estos casos. Es importante orientar a los usuarios sobre los pasos que deben seguir durante su atención en el centro de salud. Uno de estos pasos se encuentra enfocado en orientar a los usuarios sobre la ubicación de las diversas áreas del establecimiento y los procedimientos que ahí realizara el paciente para poder agendar una cita y ser atendido en consulta. Dicha tarea no es exclusiva del área de admisión, sino que todos los trabajadores del establecimiento se encuentran facultados de hacer. Por eso, tal como lo señala el Manual de Atención Integral, la promoción de los servicios del centro de salud es tarea de todos los trabajadores del mismo y no solo eso sino que también deben indagar sobre las necesidades, opiniones y expectativas de los usuarios, esto con la finalidad de aumentar la calidad percibida por parte del paciente. (2001).

Asimismo, este mismo documento señala que el perfil tanto del responsable del área de admisión como del técnico de admisión, según este se debe buscar que “el responsable del área tenga conocimientos básicos de los procesos de atención y de admisión integral, así como capacidad de organización y gestión del servicio, liderazgo, trabajo en equipo y conducción de

personal así como alta disposición al trabajo, orden y colaboración”. Del mismo modo, el perfil del técnico de admisión propone que esta persona sea “técnico en enfermería con conocimientos de los procedimientos de admisión, triaje y archivo de registros del sistema de registros médicos y de los aspectos culturales de relevancia local en la atención con alta disposición al trabajo, orden, colaboración, trabajo en equipo y comunicación con los usuarios” (Manual de Atención Integral 2001, pp. 20 y 21). Por lo cual, se recomienda que el futuro personal contratado reúna dichas características.

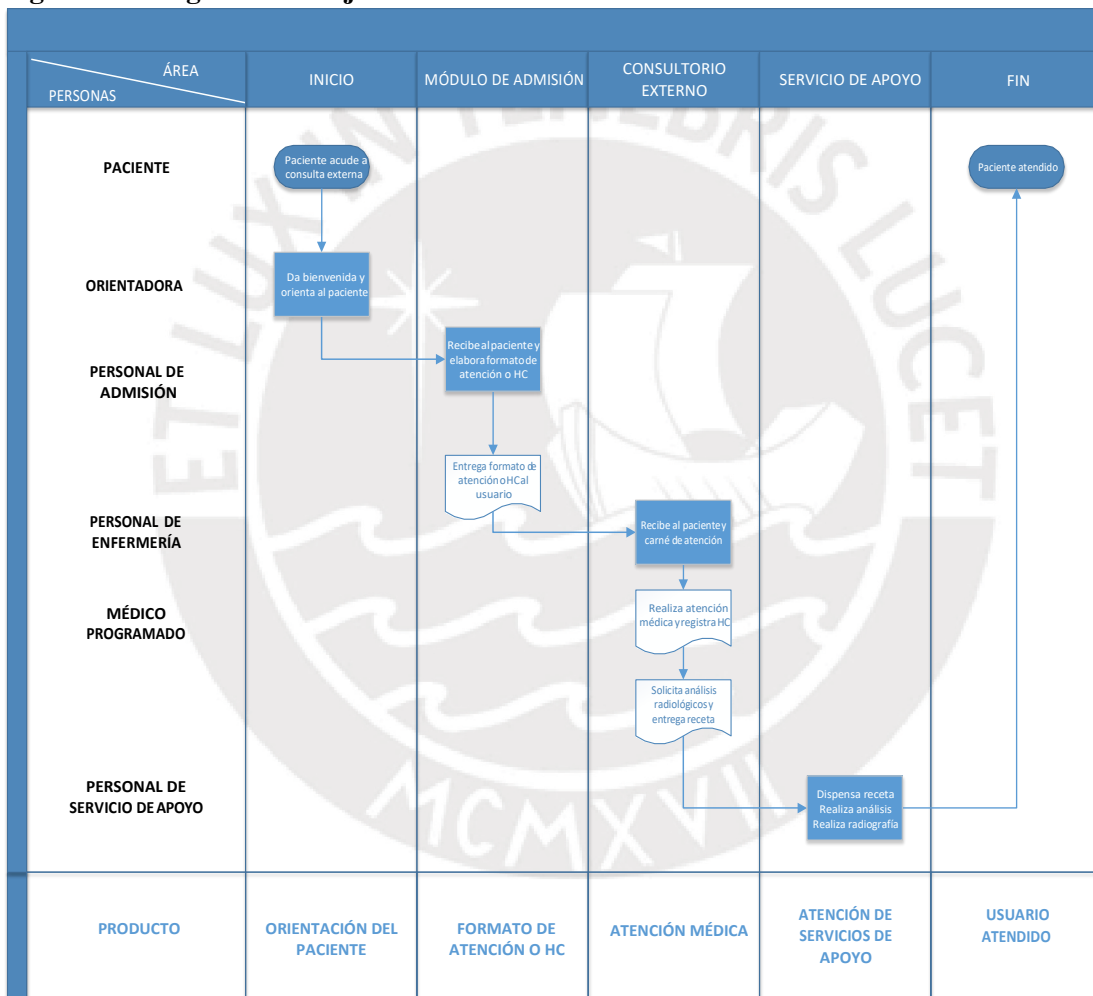
Sin embargo, no todos los cambios se pueden hacer por parte del personal del CMI, sino también, es importante que el paciente brinde con el mayor entendimiento posible información precisa y completa sobre los motivos de su atención y las consultas que pueda presentar. Es así que todos los agentes involucrados en la atención pueden aportar en la obtención de un mejor servicio.

***c) Causa nro. 3: La mala programación de horarios del personal del área de triaje***

Otra de las causas que se dan como parte de los procesos inadecuados del CMI respecto a las áreas de triaje y consultorio médico es que, tal como se indica en las entrevistas, existe una mala programación de horarios del personal de triaje. Este, por ejemplo, comienza a atender a las 8 am y el consultorio médico también apertura su atención a esta hora, por lo que el área de triaje que comenzó a atender a la misma hora que el médico ocasiona un retraso en el flujo de pacientes entre estas dos áreas. Esto se explica en que los pacientes recién comienzan a ser atendidos a las 8 am y mientras reciben la atención correspondiente al área de triaje, durante ese tiempo, el médico de consultorio percibe tiempo muerto o perdido en el que no atiende a ningún paciente porque estos aún no son derivados del área de triaje. Esto ocasiona que la fluidez de los turnos de atención en consultorio se vean negativamente afectada, provocando así que los pacientes perciban un mal servicio, lo cual ocasiona que baje la calidad percibida por parte del paciente.

A continuación, se procederá a mostrar el diagrama de flujo de atención en consulta externa en el que se señala que el paciente antes de ingresar al consultorio debe pasar por el área de admisión, el cual comprende como una de sus fases a la atención por triaje, área en donde se desarrollan las situaciones mencionadas anteriormente.

**Figura 34: Diagrama de flujo de atención en consulta externa**



Fuente: Unidad Productora de Servicio de Consulta Externa (2016)

A modo de recomendación, se plantea que la atención en triaje se realice de manera coordinada con las demás áreas presentes antes de que el usuario ingrese a consulta, la cual es principalmente el área de consulta externa. De manera, que los horarios de inicio de atención de estas áreas no se den al mismo tiempo sino que el área de triaje aperture atención primero, así el

área de consulta externa tendría las historias clínicas antes de que se inicie las atenciones en consultorio y, de esta manera, no presente retrasos durante sus actividades.

***d) Causa no 4: Tiempo insuficiente en consulta médica***

Se ha encontrado que los médicos están limitados por el tiempo promedio de consulta externa, que es 12 minutos. Según establece el MINSA, el rendimiento promedio por hora de un médico es cinco pacientes los que deben ser atendidos en 1 hora. Así, se denota un esfuerzo diario que realiza el personal asistencial del CMI por cumplir con la programación de consultas agendadas. Se ha encontrado dependiendo de la patología del paciente, hay consultas médicas que requieren una duración máxima a los 12 minutos establecidos. En palabras de la doctora Paniagua “es complicado poder entablar con el paciente” en el tiempo dado. Asimismo, en algunos casos, se requiere conocer los antecedentes y exámenes previos del paciente, lo cual toma tiempo extra. También, según comenta el doctor Galindo, en caso de tratar a un paciente por primera vez, el tiempo de consulta se extiende a 30 o 40 minutos. Por otro lado, la enfermera Lactohuamán señala que existen pacientes que solo acuden a obtener una referencia hacia otro establecimiento de salud, lo cual hace que la consulta médica sea breve (ver Anexo N). Así, los incidentes mencionados ocasionan que existan retrasos en la programación de citas del día y ciertos pacientes no son atendidos en la hora programada.

Respecto a esto, se plantea que esta situación diagnosticada pueda servir como recomendación a incorporar en el sistema de citas. Se recomienda incorporar el “motivo de la consulta” como uno de los criterios, para que así exista una mejor programación de citas. Así, se recomienda que se considere evaluar la posibilidad de incluir una opción para programar las citas, considerando el motivo de consulta en la plataforma e-QHALI que ya se encuentra en marcha, según la estrategia de gobierno digital en salud impulsada por el MINSA.

***e) Causa no 5: Falta de ‘socialización’ del sistema de citas a la comunidad***

A partir de los indicios sobre los problemas en el área de Admisión encontrados a través de la encuesta SERVQUAL, se buscó encontrar las causas de esto haciendo uso de entrevistas al personal asistencial y administrativo. Con esto, se pudo recoger el malestar de usuarios que expresaron mal entendimiento del proceso de atención en Admisión, lo cual, consecuentemente, ocasiona retrasos en la misma. Se encontró que, en general, los usuarios presentaban desentendimiento sobre el sistema de citas, que se había implementado recientemente en el CMI Juan Pablo II; es decir, aún no estaban adecuados a ser atendidos bajo esta nueva modalidad. En general, los usuarios recurrentes llegar con tiempo de anticipación para cumplir con ciertos procedimientos antes de ingresar a consultorio: pasar por el área de triaje o, de existir exámenes de laboratorio, solicitarlos en Admisión. Cabe resaltar que estos son requisitos en el CMI Juan

Pablo II para garantizar una buena atención médica, pues estos insumos permiten realizar un diagnóstico y prescripción adecuada para el paciente, así como para realizar el llenado adecuado de los expedientes clínicos y formatos que solicita el MINSA. Así, perciben que se reduciría el riesgo de perder la cita programada. En conclusión, el arribar al menos una hora antes de la hora programada es un accionar común entre muchos entrevistados, quienes aún no comprenden a cabalidad los beneficios que la implementación del sistema de citas. Así, esto denota un desconocimiento por parte de la población respecto al sistema de citas. Al respecto, la doctora Paniagua nos comenta que existe una “falta de socialización del sistema de citas” a la comunidad. Podemos encontrar como una causa a la falta de comunicación de CMI con la población.

Por otro lado, a la fecha existe una problemática interna referente a la implementación del sistema de citas. Diversos entrevistados señalaron que si bien se había implementado el sistema de citas a inicios de año, aún se encontraban no familiarizados con este. Entre las razones de esto, se encontraron que la introducción hacia el personal fue intempestiva, es decir, sin previo aviso. Asimismo, se encontró que a la fecha, si bien se brindó capacitaciones al personal de Admisión, se requiere capacitar al personal asistencial al respecto. Así, existe desinformación respecto al funcionamiento del sistema de citas, por parte del personal. Por esto, se encuentra como posible causa a la falta de comunicación entre el CMI y el personal; o de ser el caso, entre el CMI y las entidades superiores.

Así, es necesario plantear acciones orientadas para mejorar la comunicación del CMI hacia los usuarios y de las entidades superiores hacia el CMI. En el primer caso, es necesario que el proceso comunicativo sea eficiente, para poder obtener la confianza del paciente. La comunicación debe ser confiable para que así permita al paciente tomar las decisiones adecuadas respecto al diagnóstico y la prescripción que debe seguir. En el segundo caso, es necesario que el proceso comunicativo sea eficiente en un proceso de implementación (en este caso particular, de un sistema de citas), pues esto permite al personal desempeñarse con mayor flexibilidad.

Ante esto, se recomienda al CMI y a las entidades superiores:

- Incluir en su Plan Operativo Institucional (POI) Anual una estrategia de comunicación, con la finalidad de que la comunicación con los usuarios sea amplia, eficiente y apropiada. Esta deberá estar alineada a la Guía Metodológica de Comunicación Estratégica para la Salud Pública (MINSA, 2006), en el que se presentan pautas dirigidas hacia las Direcciones de Salud, Establecimientos de Salud y Organismos Públicos Descentralizados a nivel nacional, de modo que contribuyan a planificar las intervenciones de comunicación en la salud

pública, que se plasman en la elaboración de un plan de comunicación. A continuación se plantean lineamientos acorde a la guía mencionada.

- Cabe señalar que la información recopilada en el presente análisis es el insumo requerido para elaborar un plan de comunicación. De esta forma, a partir de la identificación del problema obtenido del diagnóstico, se procede a elaborar el plan. La planificación de la estrategia deberá recoger las opiniones del personal administrativo y asistencial de las áreas partícipes del proceso de atención. Esta iniciativa subyace bajo el lineamiento de calidad en la atención a la ciudadanía propuesto en el Manual para Mejorar la Atención a la Ciudadanía, que busca implementar mejoras haciendo partícipe al personal.
- En el proceso de planificación, se contempla la realización de dos reuniones: una por áreas (administrativa y asistencial), y la otra en donde se integre a personal de todas las áreas se presentará la problemática de comunicación existente con los usuarios externos y se propiciará al debate y análisis, en base a lo cual se plantearan propuestas y recomendaciones de mejora.
- En primer lugar, se deben delimitar los públicos; se debe segmentar aún más los públicos según la realidad. Para esto, se recomienda responder a las siguientes interrogantes, con el objetivo de que permitan la delimitación: ¿Quiénes son los principales afectados por el problema? ¿Quiénes son los más beneficiados? ¿A quiénes se tiene mayor acceso o se puede comunicar mejor? ¿Quiénes responderán mejor a las acciones del programa?
- En segundo lugar, se debe definir objetivos de comunicación, que permitan fortalecer, promover conocimientos actitudes y prácticas positivas. Cabe resaltar que este objetivo debe evaluar la efectividad de la estrategia de comunicación, es decir si existe algún cambio logrado con la intervención. Esto permitirá, que se lleve a cabo el paso tres, el cual consiste en la formulación de metas e indicadores.
- En cuarto lugar, se debe diseñar la estrategia, con la cual se busca que la comunicación permita consolidar los mensajes que se han planteado. Para ello, se debe:
  - Identificar las necesidades de la población de riesgo.
  - Identificar los espacios y medios más utilizados por el público objetivo
  - Verificar si se cuenta con los recursos logísticos y financieros para desarrollar acciones comunicativas. Particularmente, sobre esta cuestión se recomienda considerar los recursos que cuentan en el corto plazo.
  - Identificar a actores claves de aceptación popular que puedan ser mediadores de la información.
- Para la formulación de la estrategia de comunicación, se debe tomar en cuenta a los portavoces, que son aquellas personas encargadas de comunicar los mensajes a la población,

a través de los medios de comunicación. Sobre este punto en particular, se propone también designar a una persona en el rol de orientador, para que así pueda centrarse en la comunicación eficiente con los usuarios. En caso de no ser posible la realización de un requerimiento formal a la DIRIS, se recomienda capacitar y motivar al personal señalado como no fijo; es decir, a los choferes de ambulancia o vigilante que ocasionalmente apoyan en Admisión. Cabe resaltar que, para la elección de este personal, deberá verificar que cumple con ciertas habilidades comunicativas necesarias para ocupar las tareas de orientador.

## **CAPÍTULO VII: CONCLUSIONES**

1. En la investigación se encontró que el servicio de Medicina General del CMI Juan Pablo II posee brechas de calidad negativas, el nivel de percepciones se encuentra por debajo de las expectativas. Esto denota un nivel de calidad no óptimo del servicio, lo cual reafirma los hallazgos presentados en el informe emitido por SUSALUD, que determinan la situación de riesgo del establecimiento de salud.
2. La herramienta SERVQUAL presenta aspectos que no facilitan la comunicación de lo que se desea medir, esto se plasma en los resultados de las expectativas, debido a que hay una tendencia marcada a calificar los ítems con puntajes cercanos a 7. Sin embargo, para el tema de las percepciones, no se presentó esta tendencia.
3. En base a la revisión teórica, la metodología SERVQUAL es una de las herramientas más utilizadas por las organizaciones de los diferentes sectores y que ha ido evolucionando y adaptándose a las necesidades de estas. Esto se evidencia en la validación y la adaptación de esta herramienta por parte del MINSA para evaluar a sus establecimientos.
4. La encuesta SERVQUAL que maneja el MINSA no contempla la evaluación de todas las áreas que se interrelacionan en la prestación del servicio, tal es el caso del servicio de Patología Clínica, la cual se encarga de realizar las pruebas de laboratorio. Esto genera un análisis incompleto de la evaluación del servicio.
5. La evaluación de la calidad percibida a través de encuesta SERVQUAL permitió conocer que la atención brindada no cumple con las expectativas de los usuarios, pues se presentó brechas de calidad del servicio de atención en las cinco dimensiones del modelo SERVQUAL. Cabe resaltar las brechas de calidad más cortas se presentaron en las dimensiones Empatía y Seguridad. Esto refiere a que el componente de cuidado y atención individualizada brindada en consulta médica por el personal asistencial es uno de los puntos fuertes del CMI Juan Pablo II. De manera similar, se resalta que gran parte de los usuarios

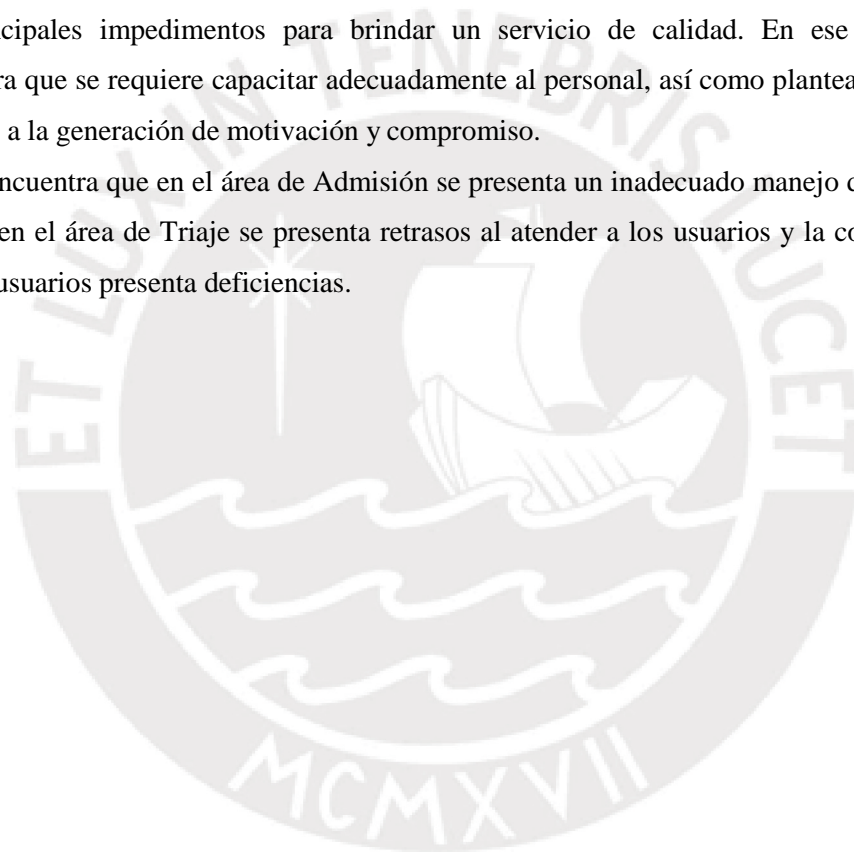
percibe a los médicos y enfermeras como profesionales capaces de brindar solución su problema de salud.

6. Posteriormente, al utilizar la herramienta de priorización Pareto, se encontraron que las causas principales a la brecha del servicio de atención están relacionadas a la rapidez en la atención brindada en Admisión, al tiempo de espera para ser atendido en el consultorio y a la disponibilidad de materiales necesarios en consultorio.

7. Después, al realizar el análisis mediante Ishikawa y un análisis de Pareto adicional, se pudo encontrar que las causas principales de la atención brindada en el CMI están relacionadas a los elementos de personal y mano de obra.

8. Se encuentra que la situación actual de recursos humanos en el establecimiento es uno de los principales impedimentos para brindar un servicio de calidad. En ese sentido, se encuentra que se requiere capacitar adecuadamente al personal, así como plantear estrategias en torno a la generación de motivación y compromiso.

9. Se encuentra que en el área de Admisión se presenta un inadecuado manejo de la historia clínica, en el área de Triage se presenta retrasos al atender a los usuarios y la comunicación con los usuarios presenta deficiencias.



## REFERENCIAS

- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (2006). *Estudio sobre factores determinantes del uso de antibióticos entre consumidores del Callao, Perú*. Recuperado de <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/saidi/archivos/PERU-ConsumidoresFINAL.pdf>
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (2013). *Revisión documental de experiencias de mejora en la calidad de la atención en los servicios de salud*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2830.pdf>
- Aguilar, E., Guija, J., Polanco, M., & Rosales, J. (2017). *Calidad en el servicio en el sector cines en Lima*. (Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú). Recuperado de [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/9580/AGUILAR\\_GUIJA\\_CALIDAD\\_CINES\\_LIMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/9580/AGUILAR_GUIJA_CALIDAD_CINES_LIMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Anderson, C., & Zeithaml, C. P. (1984). Stage of the product life cycle, business strategy, and business performance. *Academy of Management Journal*, 27(March), 5-24. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/pdf/255954.pdf>
- Babakus, E., & Boller, G. W. (1992). An empirical assessment of the SERVQUAL scale. *Journal of Business Research*, 24(3), 253-268.
- Babakus, E., & Mangold, G. (1992). Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Service Research*, 26, 767-780.
- Barboza, M., Caycho, M. & Castilla H., (2017). *Políticas públicas en salud basadas en la evidencia. Discusión en el contexto peruano*. Universidad Privada del Norte. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v59n1/0036-3634-spm-59-01-00002.pdf>
- Bounds, G. (1994) *Total Quality Management*. Mc Graw- Hill.
- Bravo, Y. (2016). *Unidad productora de Servicio de Consulta Externa*. Universidad Cayetano Heredia. Recuperado de [https://www.academia.edu/27256835/UPSS\\_CONSULTA\\_EXTERNA](https://www.academia.edu/27256835/UPSS_CONSULTA_EXTERNA)
- Casalino-Carpio, G. E. (2008). Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual. *Rev Soc Perú Med Interna*, 21(4), 143-52. Recuperado de [http://medicinainterna.org.pe/revista/revista\\_21\\_4\\_2008/04.pdf](http://medicinainterna.org.pe/revista/revista_21_4_2008/04.pdf)
- Carman, J. M. (1990). Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*, 66(1), 33-55.
- Castro, E. (2010). *El estudio de casos como metodología de investigación y su importancia en la dirección y administración de empresas*. Escuela Ciencias de la Administración Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3693387.pdf>
- Centro Materno Infantil Juan Pablo II [CMI]. (2016). *Análisis situacional de salud del establecimiento Juan Pablo II*. Lima

- Civera, M. (2008). *Análisis de la relación entre calidad y satisfacción en el ámbito hospitalario en función del modelo de gestión establecido*. (Tesis doctoral, Universitat Jaume I, Castellón de la Plana, España). Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10357/civera.pdf?sequence=1>
- Crosby, P. (1979). *Quality is free: The art of making quality certain*. Nueva York, NY: McGraw-Hill.
- Cuba-Fuentes, M., Jurado, G., & Estrella, E. (2011). Evaluación del cumplimiento de los atributos de la atención primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención. *Revista Médica Herediana*, 22(1), 4-9. Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RMH/article/view/1093/1077>
- Dajuman, I, Bawuro, A, Vassumu, M., & Habibu, A. (2018) *The Service Quality Scale Debate: A Tri-Instrument Perspective for Higher Education Institutions*. Expert Journal of Business and Management
- Deming, W. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge: MA: Massachusetts Institute of Technology Press.
- Dirección General de Salud de las Personas (2005). NTS N° 022-MINSA-DGSP-V02. Lima
- Domínguez, L, Ramírez, A., & García, A (2013). *El clima laboral como un elemento de compromiso organizacional*. Revista Nacional de Administración.
- Donabedian, A. (1978). The quality of medical care. *Science*. New York, N.Y. 200(4344), pp. 856-864.
- Duque, E. (2005). Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *Innova, Revista de ciencias administrativas y sociales*, pp. 68 - 71. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v15n25/v15n25a04.pdf>
- Duque, E. J., & Diosa, Y. (2014). Evolución conceptual de los modelos de medición de la percepción de calidad del servicio: *Una mirada desde la educación superior*. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S2215-910X\(14\)70040-0](https://doi.org/10.1016/S2215-910X(14)70040-0)
- Echebarría, K. (2015). *La Gestión de los Recursos Humanos en el Sector Público: Tendencias y Desafíos*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Elgegren, U. (2015). *Fortalecimiento del Clima Organizacional en Establecimientos de Salud*. Universidad Femenina del Sagrado Corazón de Jesús.
- Elorza, M. E., Moscoso, N. S., & Lago, F. P. (2017). Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43, 432-448. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662017000300011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300011)
- Ero Del Canto, A., & Vidigal, M. (2015). *Motivación y gestión del capital humano en el contexto de los gobiernos locales venezolanos*. Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales
- Evans, J. (2008). *Administración y control de la calidad*. México, D.F. 7a Edición

- Feigenbaum, A. V. (1951). *Quality control: principles, practice and administration*. McGraw-Hill, New York.
- Garvin, D. (1988). *The strategic and competitive edge*. New York: Simon & Schuster
- Giux, J. (2005) Calidad en salud pública. *Gaceta Sanitaria*. 2005; 19 (4): 325-332.
- Gonzalo, C. (2003). *Marketing en los servicios de educación: Modelos de percepción de la calidad*. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/cee/ucm-t26770.pdf>
- González, H. (2005). *Calidad de la atención*. Atlantic International University, 9-28. Recuperado de <https://aiu.edu/publications/student/spanish/180-207/PDF/HECTOR%20EDUARDO%20GONZALEZ%20DIAZ.pdf>
- Gronroos (1982). *Strategic management and marketing in the service sector*. Helsingfors: Swedish School of Economics and Business Administration.
- Grönroos, C. (1994). *Marketing y gestión de servicios: la gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Guajardo, E. (2008). *Administración de la calidad total*. Editorial Pax, México.
- Hernández, R, Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F. McGraw-HILL / Interamericana Editores, S.A. DE C.V.
- Hernández, R., Muñoz, P., Santos, L., & González, O. (2003). *Una propuesta general de análisis de la calidad y la satisfacción en el Turismo Rural Español*. XII Simposio Internacional de Turismo y Ocio, Barcelona, España.
- Hospital Cayetano Heredia (2017). *Plan de Incentivos Laborales no Económicos*. Recuperado de <http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/2017/09/RD380092017.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2014a). *Encuesta nacional de satisfacción de usuarios del aseguramiento universal en salud 2014*. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1192/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1192/libro.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2014b). *Manual de Encuestador/a*. Lima. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3509.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2018). *Condiciones de vida en el Perú*. Semestre: Octubre - noviembre y diciembre 2017. Informe Técnico No 1 - marzo 2018. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01\\_-condiciones-de-vida-oct-nov-dic2017.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_-condiciones-de-vida-oct-nov-dic2017.pdf)
- Izaguirre, M. (2015). *Gestión y marketing de servicios turísticos y hoteleros*. 2a ed. Bogotá: Ecoe Ediciones, 2014. 182 p.
- Jain, S. K., & Gupta, G. (2004). Measuring service quality: SERVQUAL vs. SERVPERF scales. *Vikalpa*, 29(2), 28. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0256090920040203>

- Juran, J. M. (1990). *Juran y el liderazgo para la calidad: Manual para ejecutivos*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Juran, J. (1996). *Juran y la calidad por el diseño: Nuevos pasos para planificar la calidad de bienes y servicios*. Madrid: Díaz de Santos. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=fURB60QH1RYC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Juran+y+la+calidad+por+el+dise%C3%B1o:+Nuevos+pasos+para+planificar+la+calidad+de+bienes+y+servicios&ots=RpmsYbfOoW&sig=SoDVKBKYRy0qWtV5Ql0MeO8d3ho#v=onepage&q=Juran%20y%20la%20calidad%20por%20el%20dise%C3%B1o%3A%20Nuevos%20pasos%20para%20planificar%20la%20calidad%20de%20bienes%20y%20servicios&f=false>
- Kelso, R. S. (2012). Origins of the service quality evolution: From Industry to Academia. *Global Education Journal*, 2012(2), 110-122.
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2003). *Fundamentos de marketing*. México: Pearson Educación.
- León, F. (2014). *El derecho a la salud en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional peruano*. Pensamiento Constitucional N° 19, 2014, pp. 389-420 / ISSN 1027-6769
- Lewis, R. & Booms, B. (1983) *Los aspectos del marketing en la calidad del servicio* en Berry, L., Shostack, G. and Upah, G.
- Emerging perspectives on services marketing, American Marketing Association Chicago, pp. 99-104
- Losada, M., & Rodríguez, A. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de Administración*, 20(34), 237-258. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cadm/v20n34/v20n34a11.pdf>
- Lizarzaburu, B. E. R. (2016). *La gestión de la calidad en Perú: un estudio de la norma ISO 9001, sus beneficios y los principales cambios en la versión 2015*. Universidad & Empresa, 18(30), 33-54. Doi.
- Marin, N. (2018). *Análisis Factorial: El procedimiento del análisis factorial*. Recuperado de <http://halweb.uc3m.es/esp/Personal/personas/jmmarin/esp/GuiaSPSS/20factor.pdf>
- Mariño, H. (2002). *Gerencia de procesos. Técnicas útiles en la gerencia de procesos*. pp. 107-115. Bogotá: Alfaomega.
- Melgen, L., & García, C. (2016). *Análisis de la e ciencia del gasto sanitario de los países de América Latina y el Caribe*. Instituto de Investigación Social para el Desarrollo. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v59n5/0036-3634-spm-59-05-00583.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (1991). *Control de calidad para el sistema de información en salud*. Lima. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2315.PDF>

- Ministerio de Salud (2001). Manual de Procedimientos de Admisión Integral en establecimientos del primer nivel de atención. Recuperado de: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/886\\_MINSA1439.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/886_MINSA1439.pdf)
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2006). Guía Metodológica Comunicación Estratégica en Salud Pública. Recuperado de <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/docconsulta/documentos/ogc/GUIACOMUNICACIONENSALUD/COMUNICACION ESTRATEGICA EN SALUD.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2006). Decreto Supremo N° 013-2016-SA. Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios médico de apoyo. Lima. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1674.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2007a). *Plan nacional de gestión de la calidad en salud*. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2007/PNSGCS%20VF.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2007b). Resolución Ministerial N.° 519-2006/MINSA. Sistema de gestión de la Calidad. Lima. Recuperado de [http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000\\_SGCALIDAD-1.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_SGCALIDAD-1.pdf)
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2009). Resolución Ministerial N.° 727-2009/MINSA. Plan Nacional de Calidad en Salud. Lima. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1997.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2011a). *Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos y servicios médicos de apoyo*. RM N° 527-2011/MINSA. Recuperado de [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/documentos/doc\\_Satisfaccion\\_usu\\_externo.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/documentos/doc_Satisfaccion_usu_externo.pdf)
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2011b). *Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad*. Recuperado de <http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2014). *Mapa de procesos del MINSA*. Lima. Recuperado de [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/comunicados/OGGRH/CO%2012%20-%2011%20-%2014/mapap\\_minsa.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/comunicados/OGGRH/CO%2012%20-%2011%20-%2014/mapap_minsa.pdf)
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2015) *Manual de registro y codificación de actividades en la atención en la consulta externa*. Lima. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3411.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2016a). Norma técnica de salud: categorías de establecimientos del sector salud. Recuperado de [http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/AtencionFarmaceutica/Categorizacion-UPSS\\_Farmacia.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/AtencionFarmaceutica/Categorizacion-UPSS_Farmacia.pdf)
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2016b). *Plan Estratégico Sectorial Multianual 2016-2021*. Recuperado de <http://www.ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/transparencia/05PlanEstrategico/Archivos/2016/RM367-2016-MINSA.pdf>

- Ministerio de Salud [MINSA]. (2017). *Plan operativo anual*. Red de Salud Villa El Salvador Lurín Pachacamac Pucusana.
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2018). Norma Técnica de Salud para la gestión de la historia clínica. Recuperado de [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2018/R.M\\_214-2018-MINSA2.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2018/R.M_214-2018-MINSA2.pdf)
- Mira, J., Aranaz, J., Rodríguez-Marín, J., Buil, J.A., Castell, M., & Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*, 4(12), 8.
- Monteagudo, O., Navarro, C., Alonso, P., Casas, R., Rodríguez, L., Gracia, J., & Herruzo, R. (2003). Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Revista de calidad asistencial*, 18(5), 263-267. Madrid-España <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-aplicacion-hospitalaria-del-servqhos-factores-S1134282X03776192>
- Numpaque-Pacabaque A, Rocha-Buelvas A. (2016). Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud: una revisión de literatura. *Rev. Fac. Med.* 64(4):715-20. Spanish. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54839>.
- Núñez, L. N., & Juárez, J. (2018). Análisis comparativo de modelos de evaluación de calidad en el servicio a partir de sus dimensiones y su relación con la satisfacción del cliente. *3C Empresa, investigación y pensamiento crítico*, 7(1), 49-59. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.17993/3comp.2018.070133.49-59/>.
- Ochoa, César (2013). *El servicio público en la Constitución peruana de 1993*. PUCP. *Pensamiento Constitucional* N° 18, 2013, pp. 105-119 / ISSN 1027-6769
- Oliva, E. J. D., & Gómez, Y. D. (2014). Evolución conceptual de los modelos de medición de la percepción de calidad del servicio: Una mirada desde la educación superior. *Suma de negocios*, 5(12), 180-191.
- Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*, 17(4), p. 460.
- Ortún V., & Gervas, J. (1996). Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Medicina Clínica*. 106(3). 1996 Recuperado de [https://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/\\_pdf/MedClin96x1x.pdf](https://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/_pdf/MedClin96x1x.pdf)
- Palacios, J. L. (2014). Revisión y crítica del papel de las expectativas en las escalas para medir la calidad percibida del servicio. *Methaodos. Revista de ciencias sociales*, 2(1), 62. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/4415/441542971006/>
- Panfichi, A., & Alvarado, L. (2014). Corrupción y Gobernabilidad. *Consortio de Investigación Económica y Social*, p. 15. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/4415/441542971006/>

- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(4), 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Retailing: critical concepts*, 64(1), 140. , pp. 12-40.
- Parasuraman, A., Berry, L. & Zeithaml, V. (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing*, 67(4), 420-450
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1994). Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: Implications for further research. *Journal of Marketing*, 58, 111-124.
- Pardo, Monterde, & Somolinos (2006). Modelo europeo de gestión y evaluación de la calidad (EFQM). *Tourism & Management Studies*, 4, pp. 19.
- Pasco, M., & Ponce, F. (2015). Guía de la investigación: *Gestión*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/313477760/Pasco-Ponce-2015-Guia-de-Investigacion-en-Gestion>
- Pastor, T. A., Pastor, T. J., Calcedo, A. J., Royo, P. A., Navarro, E. L. (2013). *Comparación de los modelos de evaluación de la excelencia empresarial* (pp. 169-1070). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/3887/388743877002/>
- Peralta, J (2006). *Rol de las expectativas en el juicio de satisfacción y calidad percibida del servicio*. 1, (pp. 195-2014). Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/836/83601409/>
- Presidencia de Consejo de Ministros [PCM]. (2015). Documento orientador: *metodología para la implementación de la gestión por procesos en las entidades de la administración pública en el marco del D.S. N° 004-2013-Pcm* – Política Nacional De Modernización de la Gestión Pública. Recuperado de [http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2015/03/Metodologia\\_de\\_GxP.pdf](http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2015/03/Metodologia_de_GxP.pdf)
- Presidencia de Consejo de Ministros [PCM]. (2016). *Identificación y análisis de las tendencias en materia de modernización de la gestión pública con una visión a 2030*. Recuperado de <http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2016/08/Analisis-de-las-Tendencias.pdf>
- Presidencia de Consejo de Ministros [PCM]. (2017). *Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública*. Recuperado de: <http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2017/04/PNMGP.pdf>
- Presidencia de Consejo de Ministros [PCM]. (2013). Decreto Supremo nro. 004-2013-PCM. Recuperado de <http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2015/06/DS-004-2013-PCM-Aprueba-la-PNMGP.pdf>
- Resolución Ministerial Diario Oficial de la República del Perú, 16 de mayo de 2011. (RM 372-2011/MINSA).
- Rial, J. (2007). *La evaluación de la calidad percibida como herramienta de gestión en servicios deportivos* (Tesis doctoral, Universidad de Santiago de Compostela, Galicia, España). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10347/2185>

- Robles, L., & Díaz, P. (2017). *Aplicando la gestión por procesos en el sector salud del Perú*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4156.pdf>
- Saavedra, J., & Colmenares, O. (2007) Aproximación teórica de los modelos conceptuales de la calidad de servicio. *Técnica Administrativa*, 6(4), 21. Recuperado de <http://www.cyta.com.ar/ta0604/v6n4a2.htm>
- Salech, F., Mery, V., Larrondo, F., & Rada, G. (2008). Estudios que evalúan un test diagnóstico: interpretando sus resultados. *Revista médica de Chile*, 136(9), 1208-1208. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872008000900018](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000900018)
- Sanabria, P., Romero, V., & Flórez, C. (2014). *El concepto de calidad en las organizaciones: una aproximación desde la complejidad*. Universidad & Empresa, 16(27), julio-diciembre, 2014, pp. 165-213. Universidad del Rosario.
- Sánchez, J. (2008). *La importancia del desarrollo organizacional en una Institución pública*. Recuperado de <http://www.eumed.net/libros-gratis/2008b/390/Evolucion%20del%20concepto%20calidad.htm>
- Sánchez, J., Leal, C., Pastor, J., & Díaz, J. (2017). Relación entre el grado de satisfacción y el nivel de estrés identificado en padres y madres con hijos ingresados a una unidad de cuidados intensivos neonatal. *Revista electrónica Enfermería Global*, 16(47). Murcia. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412017000300270&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000300270&lang=pt)
- Sangüesa, M., Mateo, R., & Ilzarbe, L. (2006). *Teoría y práctica de la calidad*. Thomson Editores España. Madrid.
- Secretaría de Gestión Pública (2013) Metodología para la implementación de la gestión por procesos en las entidades de la Administración Pública en el marco del D.S. N° 004-2013-PCM – Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública. Recuperado de [http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2015/03/Metodologia\\_de\\_GxP.pdf](http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2015/03/Metodologia_de_GxP.pdf)
- Sistema Integral de Salud (2016). *Guía Técnica para la Estandarización del Registro y cálculo de los Indicadores Prestacionales en el marco de los Convenios de Gestión suscritos entre el Seguro Integral de Salud y Los Gobiernos Regionales e IGSS*. Lima. Recuperado de <http://www.seguosrcr.saludarequipa.gob.pe/noticias/GuiaCapita2016.pdf>
- Solari, L. (2013). *Atención primaria de la salud: Un compromiso pendiente*. Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000200002](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000200002)
- Steffie & Schoten (2016). The EFQM Model as a framework for total quality management in healthcare: Results of a longitudinal quantitative study. *International Journal of Operations & Production Management*, 36, 904-905.
- Summers, D. (2008) *Administración de la Calidad*. Pearson Educación, Mexico, 2006.
- Takeuchi, H., & Quelch, J. (1983). Quality is more than making a good product. *Harvard Business Review*, 61 (july-august), 139-145. Recuperado de <https://hbr.org/1983/07/quality-is-more-than-making-a-good-product>

- Torres, M., & Vásquez, C. (2015). Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. *Compendium*, 18(35), 60-63. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/880/88043199005/>
- Tragodara, C. (2015). *Avances de la Reforma y Modernización del Estado en el Perú*. Recuperado de <http://sgp.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2015/06/Avances-de-la-Reforma-y-Modernizacion-del-Estado-en-el-Peru.pdf>
- Trujillo, A., & Vera, J. (2009). Comprensión de la calidad en el servicio como la integración de dos dimensiones: tangibles e intangibles. *Revista Colombiana de Marketing*, 8, 59-67. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/109/10926778005.pdf>
- Udanondo, M. (2012) Gestión de la calidad. Madrid: España. Ediciones Díaz de Santos. Universidad TecVirtual del Sistema Tecnológico de Monterrey (2012). *El Instrumento SERVQUAL*. Recuperado de [ftp://sata.ruv.itesm.mx/portalesTE/Portales/Proyectos/2631\\_BienvenidaCyP/QP046.pdf](ftp://sata.ruv.itesm.mx/portalesTE/Portales/Proyectos/2631_BienvenidaCyP/QP046.pdf)
- Vásquez, R. (2013). *Plan Anual de Desarrollo de Capacidades 2014*. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima. Recuperado de [http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS\\_555420c23d9db95\\_.pdf](http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_555420c23d9db95_.pdf)
- Vargas, M., & Aldana, L. (2011). *Modelos de calidad y de calidad en el servicio*. En Ecoe Ediciones. *Calidad y servicio: Conceptos y herramientas*. (2da ed., pp.185-220). Bogotá: Universidad de La Sabana - Escuela Internacional de Ciencias Económicas y Administrativas.
- Vargas, O (2016). *La medición de la percepción de la calidad de los servicios odontológicas como herramienta para su mejoramiento*. Aplicación en las Clínicas Odontológicas Integradas de Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/52178/1/tfobgvr2016.pdf>
- Veliz, R. M., Villanueva, A. R. (2011). *Calidad percibida de los usuarios externos e internos frente a los servicios que reciben en los centros de referencia para infecciones de transmisión sexual de la DISA II*, Lima Sur.
- Vergara, J. C., Quesada, V., & Blanco, I. (2012). Factores clave para la valoración de la calidad del servicio y satisfacción del cliente: modelos causales, desarrollo y evolución. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (35), 385. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/1942/194224362020/>
- Villalba, R. D. (2007). Calidad en la atención primaria de la salud. *Enfermería Global*, 6(1). Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/199>
- Webster, C., & Hung, L. C. (1994). Measuring service quality and promoting decentring. *The TQM Magazine*, 6(5), 50-55. Recuperado de <https://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/09544789410067871>
- Zaragoza-González, E. (2015) *Aplicación del modelos de calidad de servicios SERVQUAL en el área de recursos humanos de la empresa National Car Rental en México*. Instituto tecnológico y estudios superiores de occidente. Recuperado de <https://rei.iteso.mx/bitstream/handle/11117/3422/TOG%20National%20Car%20Rental.pdf?sequence=2>

Zeithaml, V. A. (1981). *How consumer evaluation processes differ between goods and services*. In *Marketing of Services*. J. Donnelly and W. George, eds., Chicago: American Marketing, 186-190. Recuperado de [https://www.researchgate.net/profile/Valarie\\_Zeithaml/publication/279912843\\_How\\_Consumer\\_Evaluation\\_Processes\\_Differ\\_for\\_Products\\_and\\_Services/links/559d8a4108ae04e36508f5f6.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Valarie_Zeithaml/publication/279912843_How_Consumer_Evaluation_Processes_Differ_for_Products_and_Services/links/559d8a4108ae04e36508f5f6.pdf)



## ANEXO A: Matriz de Consistencia de la Investigación

**Tabla A 1: Matriz General**

	PROBLEMA	PREGUNTA DE INVESTIGACION	OBJETIVO	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	METODOLOGIA	HERRAMIENTA	INFORMANTES
GENERAL	El establecimiento de salud CMI Juan Pablo II presenta una serie de problemas en la atención a los pacientes, que ocasionan la insatisfacción de estos con el servicio recibido.	¿Cuál es el nivel actual de la calidad percibida y las posibles causas de las brechas halladas en relación al servicio de Medicina General en base a la metodología SERVQUAL, aplicada a los pacientes del Centro Materno Infantil [CMI] Juan Pablo II?	Medir el nivel actual de la calidad percibida y analizar las posibles causas de las brechas halladas en relación al servicio de Medicina General en base a la metodología SERVQUAL, aplicada a los pacientes de consulta externa en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II durante el mes de junio del 2018.	Nivel de Calidad	Las 5 dimensiones del SERVQUAL	Diferencia entre expectativas y las percepciones	22 preguntas de expectativas y 22 preguntas de perspectivas	Análisis cuantitativo	Encuesta SERVQUAL / Entrevistas a profundidad /	Pacientes de Medicina General del CMI
								Análisis cualitativo	Entrevistas a profundidad	Trabajadores del CMI
OBJ. 1		¿Cuáles el nivel actual de la calidad percibida del servicio de Medicina General del CMI Juan Pablo II luego de aplicar la encuesta SERVQUAL a los pacientes?	Medir el nivel de la calidad percibida del servicio de Medicina General del CMI Juan Pablo II empleando el cuestionario SERVQUAL modificado, aplicado a los pacientes.	Nivel de calidad agregado	Las 5 dimensiones del SERVQUAL	Diferencia probable de la expectativas y percepciones	Promedio de la expectativas y perspectivas	Análisis cualitativo y cuantitativo	Encuesta SERVQUAL	Pacientes de Medicina General del CMI

**Tabla A1: Matriz General (Continuación)**

PROBLEMA	PREGUNTA DE INVESTIGACION	OBJETIVO	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	METODOLOGIA	HERRAMIENTA	INFORMANTES
O B J. 2	¿Cuáles son los ítems de la encuesta SERVQUAL a priorizar en base a los resultados de la misma?	Priorizar los resultados de la encuesta SERVQUAL aplicada a los pacientes de consulta externa del servicio de medicina general del CMI Juan Pablo II en base a la herramienta...	Brechas de calidad ordenada	-	Brechas de calidad ordenadas de mayor a menor	22 preguntas de expectativas y 22 preguntas de perspectivas	Se seleccionan los ítems que son mayores al promedio expectativas y los menores al promedio en percepción	Diagrama IP Diagrama de Pareto Diagrama de Ishikawa	
PROBLEMA	PREGUNTA DE INVESTIGACION	OBJETIVO	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	METODOLOGIA	HERRAMIENTA	INFORMANTES
O B J. 3	¿Cuáles son las posibles causas de los resultados obtenidos en el análisis de priorización previo usando herramientas de gestión?	Analizar las posibles causas de los resultados del análisis de priorización	Brecha de calidad priorizadas	Las dimensiones correspondientes a la brecha de calidad priorizada	Causas identificadas en cada una de las brechas priorizadas	Correspondiente a un grupo de los ítems del cuestionario o SERVQUAL	Metodología cualitativa para obtener opiniones en base a la experiencia de los ejecutores del proceso	Entrevistas a profundidad / Matriz de categorización y codificación de datos/ Fuentes secundarias	Trabajadores del CMI

## ANEXO B: Encuesta SERVQUAL modificada para consulta externa - MINSA

**Tabla B 1: Ficha del encuestado de la encuesta SERVQUAL**

N° Encuesta: _____			
<b>ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN</b>			
Nombre del encuestador:	_____		
Establecimiento de Salud:	_____		
Fecha: ____/____/____	Hora de Inicio: ____/____/____ Hora Final: ____/____/____		
Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de atención que recibió en el servicio de Consulta Externa del establecimiento de salud. Sus respuestas son totalmente confidenciales. Agradeceremos su participación.			
<b>DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:</b>			
1. Condición del encuestado	Usuario (a) <input type="text" value="1"/> Acompañante <input type="text" value="2"/>		
2. Edad del encuestado en años	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
3. Sexo	Masculino <input type="text" value="1"/> Femenino <input type="text" value="2"/>		
4. Nivel de estudio	Analfabeto <input type="text" value="1"/>		
	Primaria <input type="text" value="2"/>		
	Secundaria <input type="text" value="3"/>		
	Superior Técnico <input type="text" value="4"/>		
	Superior Universitario <input type="text" value="5"/>		
5. Tipo de seguro por el cual se atiende	SIS <input type="text" value="1"/>		
	SOAT <input type="text" value="2"/>		
	Ninguno <input type="text" value="3"/>		
6. Tipo de usuario	Nuevo <input type="text" value="1"/>		
	Continuador <input type="text" value="2"/>		
7. Consultorio donde fue atendido: _____			
8. Persona que realizó la atención			
Médico	( )	Psicólogo	
Obstetra	( )	Odontólogo	
Enfermera	( )	Otros	_____

**Tabla B 2: Ficha de evaluación de expectativas del paciente de la encuesta SERVQUAL**

EXPECTATIVAS									
En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la <b>IMPORTANCIA</b> que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de Consulta Externa (Primer Nivel). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.									
N°		Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	E	Que Usted sea atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas							
02	E	Que la atención se realice en orden y respetando el orden de llegada							
03	E	Que la atención por el médico u otro profesional se realice según el horario publicado en el EESS							
04	E	Que el Establecimiento cuente con mecanismos para atender las quejas o reclamos de los pacientes							
05	E	Que la farmacia cuente con los medicamentos que receta el médico							
06	E	Que la atención en el área de caja/farmacia sea rápida							
07	E	Que la atención en el área de admisión sea rápida							
08	E	Que el tiempo de espera para ser atendido en el consultorio sea corto							
09	E	Que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad							
10	E	Que el médico le brinde el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas sobre su problema de salud							
11	E	Que el médico u otro profesional que le atenderá le realice un examen completo y minucioso							
12	E	Que el médico u otro profesional que le atenderá le brinde el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas sobre su salud							
13	E	Que el médico u otro profesional que le atenderá le inspire confianza							
14	E	Que el médico u otro profesional que le atenderá le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
15	E	Que el personal de caja/ farmacia le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
16	E	Que el personal de admisión le trate con amabilidad, respeto y paciencia							
17	E	Que usted comprenda la explicación que le brindará el médico u otro profesional sobre su salud o resultado de la atención							
18	E	Que usted comprenda la explicación que el médico u otro profesional le brindarán sobre el tratamiento que recibirá y los cuidados para su salud							
19	E	Que los carteles, letreros o flechas del establecimiento sean adecuados para orientar a los pacientes							
20	E	Que el consultorio y la sala de espera se encuentren limpios y cuenten con mobiliario (bancas y sillas) para comodidad de los pacientes							
21	E	Que el establecimiento de salud cuente con baños limpios para los pacientes							
22	E	Que los consultorios cuenten con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención							

**Tabla B 3: Ficha de evaluación de las percepciones del paciente de la encuesta SERVQUAL**

PERCEPCIONES									
En segundo lugar, califique las percepciones que se refieren a como usted <b>HA RECIBIDO</b> , la atención en el servicio de Consulta Externa (Primer Nivel). Utilice una escala numérica del 1 al 7. Considere 1 como la menor calificación y 7 como la mayor calificación.									
N°		Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
01	P	¿Usted fue atendido sin diferencia alguna en relación a otras personas?							
02	P	¿Su atención se realizó en orden y respetando el orden de llegada?							
03	P	¿Su atención se realizó según el horario publicado en el establecimiento de salud?							
04	P	¿Cuando usted quiso presentar alguna queja o reclamo el establecimiento contó con mecanismos para atenderlo?							
05	P	¿La farmacia contó con los medicamentos que recetó el médico?							
06	P	¿La atención en el área de caja/farmacia fue rápida?							
07	P	¿La atención en el área de admisión fue rápida?							
08	P	¿El tiempo que usted esperó para ser atendido en el consultorio fue corto?							
09	P	¿Cuando usted presentó algún problema o dificultad se resolvió inmediatamente?							
10	P	¿Durante su atención en el consultorio se respetó su privacidad?							
11	P	¿El médico u otro profesional que le atendió le realizaron un examen completo y minucioso?							
12	P	¿El médico u otro profesional que le atendió, le brindó el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas?							
13	P	¿El médico u otro profesional que le atendió le inspiró confianza?							
14	P	¿El médico u otro profesional que le atendió le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
15	P	¿El personal de caja,/farmacia le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
16	P	¿El personal de admisión le trató con amabilidad, respeto y paciencia?							
17	P	¿Usted comprendió la explicación que le brindó el médico u otro profesional sobre su salud o resultado de su atención?							
18	P	¿Usted comprendió la explicación que el médico u otro profesional le brindó sobre el tratamiento que recibirá y los cuidados para su salud?							
19	P	¿Los carteles, letreros o flechas del establecimiento fueron adecuados para orientar a los pacientes?							
20	P	¿El consultorio y la sala de espera se encontraron limpios y contaron con bancas o sillas para su comodidad?							
21	P	¿El establecimiento de salud contó con baños limpios para los pacientes?							
22	P	¿El consultorio donde fue atendido contó con equipos disponibles y los materiales necesarios para su atención?							

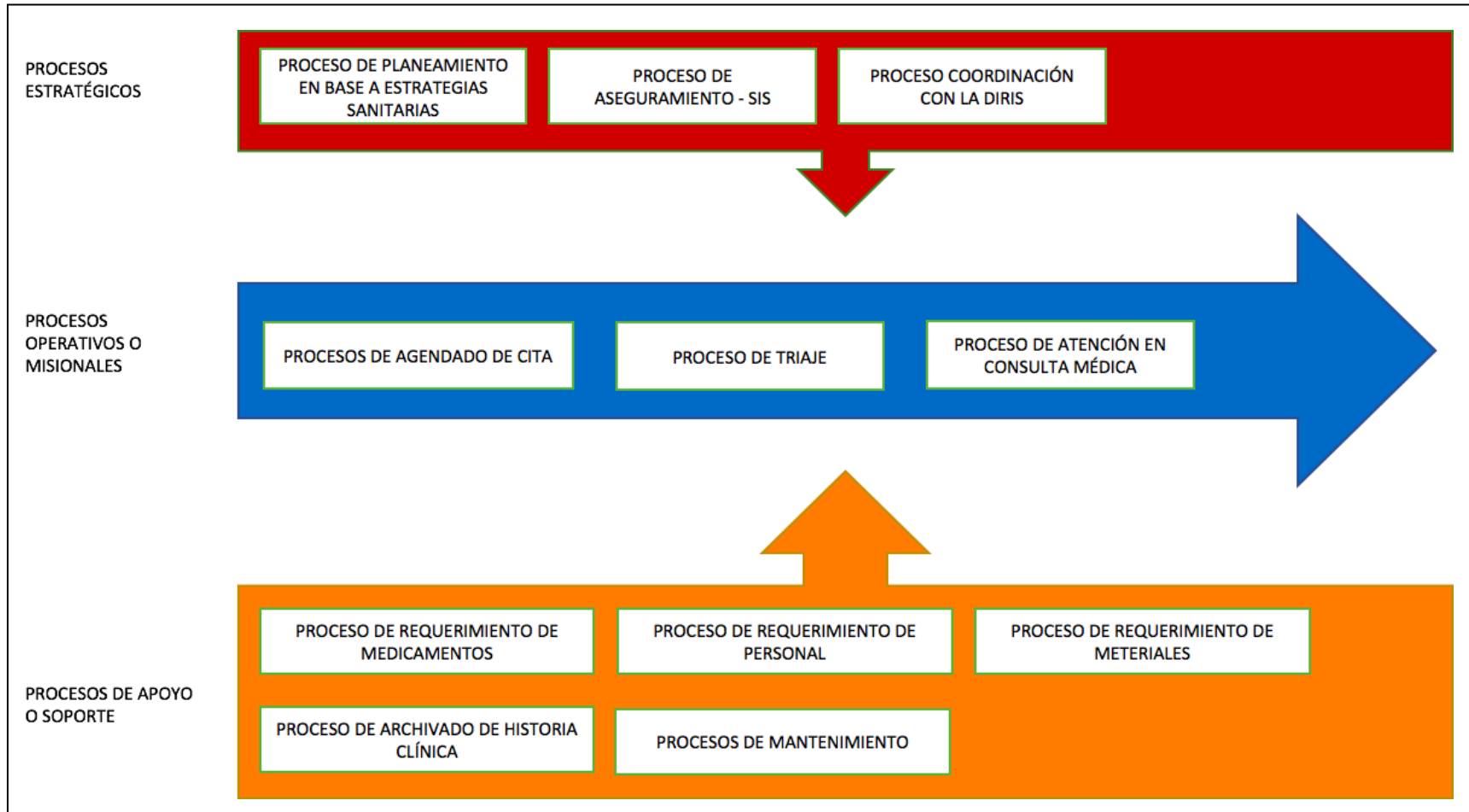
## ANEXO C: Mapeo de actores entrevistados

**Tabla C 1: Mapeo de actores por área, cargo, fecha e ítems**

Nº	Área	Cargo	Servidor Público	Fecha de entrevista	Ítems incluidos en la entrevista
1	Medicina General	Médico Asistencial	Higinio Aristides Galindo Puchuri	20/07/2018	Ítem 3 Ítem 4
2		Médico Asistencial	Gissela Rocío Paniagua Alvarado	12/07/2018	Ítem 8 Ítem 9
3		Médico Asistencial	Julio Edwin Celedonio Salvador	20/08/2018	Ítem 21
4	Admisión	Coordinadora del área	Gloria Herrera Guillén	12/07/2018	Ítem 3 Ítem 4
5		Apoyo Administrativo	Lupe Carrillo Valle	18/08/2018	Ítem 7
6		Apoyo Administrativo	Artura Gala Mendoza	12/07/2018	Ítem 8 Ítem 21
7	Triage	Técnica de Enfermería	Irma Victoria Llacto Huaman	20/07/2018	Ítem 4 Ítem 8
8		Técnica de Enfermería	Elizabeth Córdova	16/08/2017	Ítem 21
9	Farmacia	Responsable de Farmacia	José Carlos Salazar Gutiérrez	15/07/2018	Ítem 4 Ítem 5 Ítem 21
10	Personal	Coordinador del área	Carlos Oswaldo Huauya Gaspar	14/07/2018 18/08/2018	Ítem 4 Ítem 9 Ítem 21
11	Abastecimiento	Responsable de Abastecimiento y Patrimonio	José Meramendi	18/08/2018	Ítem 21 Ítem 22
12	Mantenimiento	Apoyo de limpieza	Wilber León Gómez	18/08/2018	Ítem 21

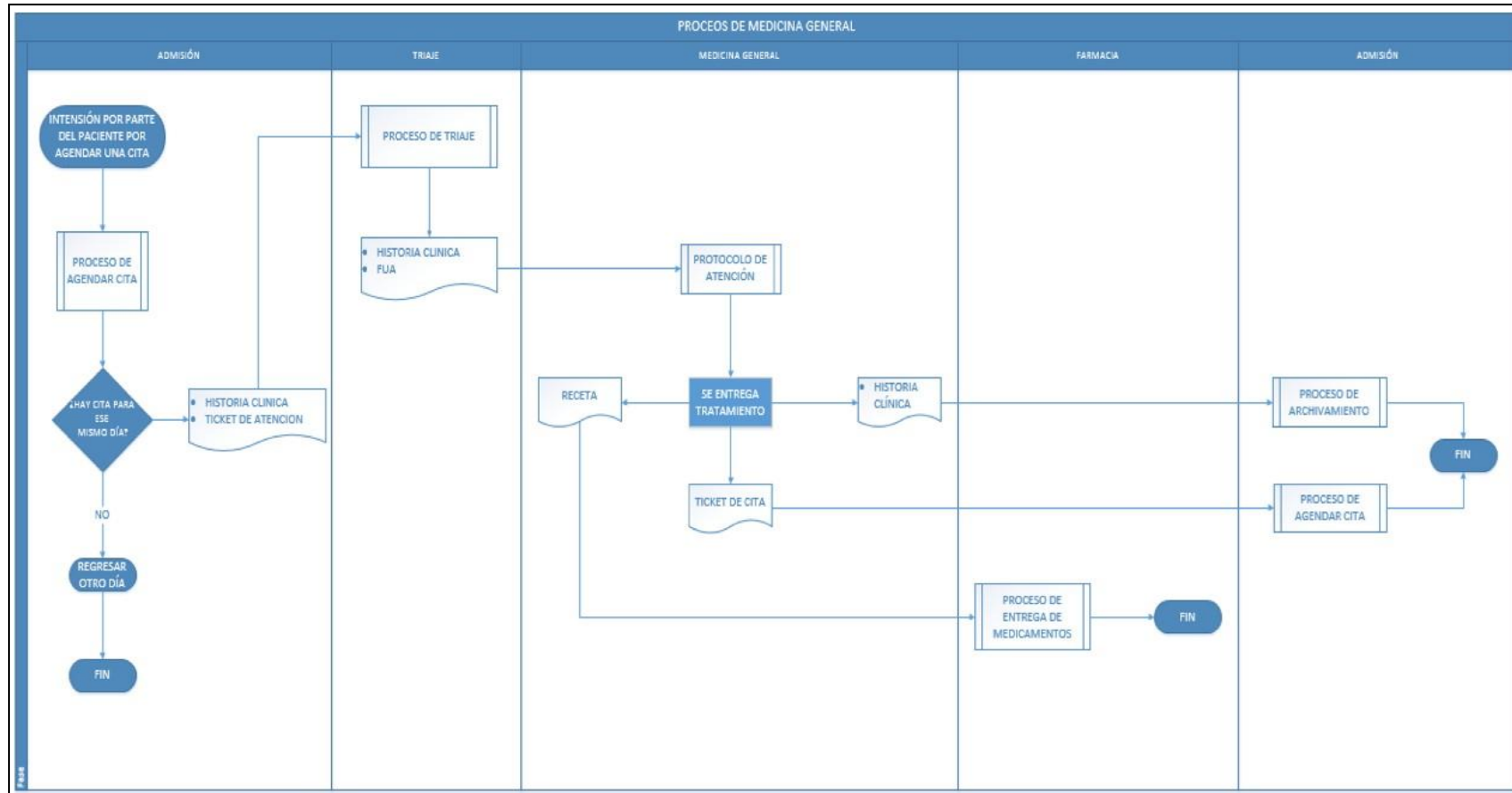
## ANEXO D: Mapa de procesos

Tabla D 1. Mapa de procesos del CMI



## ANEXO E: Flujograma del servicio de Medicina General CMI Juan Pablo II

**Figura E 1: Flujo del servicio de medicina general en el CMI Juan Pablo II**



Nota: Elaboración en base a las entrevistas a profundidad

## ANEXO F: Fotografías del área de Admisión y Triage

Figura F 1: Fotografías del almacenamiento de las historias clínicas en el área de Admisión



**Figura F 2: Fotografía de señalización del flujo de atención en Triage**



**ANEXO G: Formato de convocatoria SERVIR (EN ARCHIVO  
DIGITAL)**

