

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
ESCUELA DE POSGRADO**



Calidad en las Empresas del Subsector Salud Ocupacional en el Perú

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE MAGÍSTER EN
ADMINISTRACIÓN ESTRATÉGICA DE EMPRESAS
OTORGADO POR LA
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ**

PRESENTADA POR

Gabriel Miguel Ángel Ardiles Álvarez

Jesús Ibarra Pumachagua

Juan José Sono Carthy

Renzo Tinajeros Altamirano

Asesor: Profesor Daniel Guevara

Santiago de Surco, junio de 2015

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento va dedicado a todas aquellas personas que han contribuido en la realización del presente estudio de investigación. A los profesores y maestros de CENTRUM, porque de sus clases hemos aprendido grandes enseñanzas y sumado grandes experiencias. Un especial agradecimiento a nuestro asesor Daniel Guevara, por sus consejos y guía durante el desarrollo de la tesis.



Dedicatoria

A Dios, a quien debemos todo lo que logramos. A mis padres por su apoyo y confianza incondicional. A mis hijos por ser el motor y aliciente para el desarrollo y beneficio de ellos.

Gabriel Ardiles

A Dios, quien me permite llegar a este momento tan importante de mi carrera profesional. A mi madre Maura, por su gran amor, su apoyo incondicional y por ser la fuerza que estimula en mí a seguir adelante.

Jesús Ibarra

A mis padres por el amor y apoyo incondicional de siempre. A mis maestros y amigos que en este andar por la vida, influyeron en mí sus lecciones, para ser una persona de bien y preparada para los retos que pone la vida.

Renzo Tinajeros

A Dios, mi motor y motivo de existencia; es Él quien me ha permitido cumplir mi sueño. A mis padres Juan y Catherine, a mi tíos Carmen y Weyden y a mi querida Abuela Gudelia porque todos ellos contribuyeron con sus consejos, motivaciones e inculcarme el deseo de superación a cada instante.

Juan J. Sono

Resumen Ejecutivo

La salud ocupacional es considerada como pilar fundamental para el crecimiento de las organizaciones y por ende es un aspecto importante para el progreso del país. Su actividad va dirigida a proteger y preservar la salud de los trabajadores ante los riesgos que forman parte sus actividades diarias, como son las enfermedades o accidentes ocupacionales. Dada su significancia y entendimiento por las organizaciones peruanas, se deduce que las mismas deben garantizar un servicio de calidad.

Es por ello, que la presente investigación tiene por objeto identificar si las empresas del Subsector Salud Ocupacional en el Perú con Sistema de Gestión de Calidad (SGC) tienen un mayor nivel de calidad comparado con aquellas que no tienen un SGC. Se ha diseñado un estudio con alcance descriptivo y explicativo, ya que además de encontrar la relación entre la variable independiente y la dependiente, se ha caracterizado el nivel de calidad del subsector, siendo el punto de partida para las futuras mejoras. El enfoque es cuantitativo, al utilizar el instrumento de Gestión de la Calidad Total (TQM: Total Quality Management), que presenta 35 enunciados cuyas respuestas se obtuvieron en la escala de Likert, abarcando una muestra de 100 empresas a partir de una población que tiene 135 centros de salud ocupacional, por lo que el error muestral ha sido del 5% y los resultados son extensibles a toda la población.

Se concluye que no existen diferencias significativas en el cumplimiento percibido por las empresas que poseen un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) y las que no. Solamente se encontraron diferencias significativas en los siguientes factores críticos de (Benzaquen, 2013): (a) Alta Gerencia, (b) Auditoría y Evaluación de la Calidad, (c) Control y Mejoramiento del Proceso, (d) Círculos de Calidad y (e) Enfoque hacia la Satisfacción del Cliente. Las recomendaciones que se desprenden del estudio cubren distintos aspectos y especialmente el desarrollar un diseño del servicio, que incluya sus aspectos intangibles, basado en los requerimientos de los clientes y con el compromiso de la mejora continua.

Abstract

Occupational Health is considered as a fundamental pillar for growth in organizations and as an important issue for country's progress. Its activity is to protect and preserve the workers' health from risks that could be generated for their daily activities, such as diseases or accidents in work place. Since the sector has great importance, there is needed to provide high quality service.

For this reason, this research aims to identify if there exists an impact on the level of quality provided by implementation of any Quality Management System (QMS). In order to achieve it, a research with descriptive and explanatory scope has been designed, because as well as finding the relationship between the independent variable and the dependent, the level of quality has been characterized, being a base level for future improvements. The study has a quantitative approach, using TQM instrument which contains 35 statements that have been answered using a Likert scale. It has been applied to a sample of 100 companies from a population of 135 occupational health centers, so the sampling error was 5% and the results can be properly extended to the entire population.

The findings indicate that there are not significant differences in quality level between companies with QMS and those that do not have it. Only in the next factors exist a clear difference: (a) Senior Management, (b) Quality Auditing and Evaluation, (c) Control and Process Improvement, (d) Quality Circles and (f) Focus on Customer Satisfaction. In the future, organizations on this industry, should pay more attention to service procedures design, involving all employees with an holistic vision.

Tabla de Contenido

Lista de Tablas	viii
Lista de Figuras.....	ix
Capítulo I: Introducción	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Definición del Problema	3
1.3 Propósito de la Investigación	4
1.3.1 Pregunta de la investigación	4
1.3.2 Objetivos.....	4
1.3.3 Hipótesis	5
1.4 Importancia de la Investigación.....	5
1.5 Naturaleza del Estudio	6
1.6 Limitaciones.....	7
1.7 Delimitaciones	7
1.8 Resumen.....	7
Capítulo II: Revisión de la Literatura	9
2.1 Evolución del Concepto de Calidad.....	9
2.1.1 La calidad total.....	16
2.1.2 Implementación de la calidad en las empresas	16
2.2 La Calidad en el Subsector Salud Ocupacional en el Mundo	21
2.3 La Calidad en el Perú	22
2.3.1 Calidad en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú	26
2.3.2 Análisis interno (AMOFHIT) del Subsector Salud Ocupacional en el Perú ...	27
2.4 Resumen.....	38
2.5 Conclusiones	39

Capítulo III: Metodología	40
3.1 Diseño de la Investigación	40
3.2 Población y Selección de Muestra	40
3.3 Procedimiento de Recolección de Datos.....	41
3.4 Instrumento	42
3.5 Análisis e Interpretación de Datos	43
3.6 Validez y Confiabilidad	45
3.7 Resumen.....	45
Capítulo IV: Presentación y Análisis de Resultados.....	46
4.1 Test de Validez	46
4.2 Perfil de los Informantes.....	47
4.3 Análisis de Frecuencia	50
4.4 Prueba de Hipótesis.....	53
4.4 Resumen.....	60
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones.....	61
5.1 Conclusiones	61
5.2 Recomendaciones	67
5.3 Contribuciones Teóricas y Prácticas.....	69
Referencias	71
Apéndice A: Marco Legal Relacionado con el Subsector Salud Ocupacional	78
Apéndice B: Entrevista a Carlos Álvarez de SG NATCLAR S.A.C.	83
Apéndice C: Entrevista a Jaime Flores de MEDCORP.....	85
Apéndice D: Servicios de Salud Ocupacional Acreditados por DIGESA (Mayo 2014)	88
Apéndice E: Muestra de la Investigación	92
Apéndice F: Cuestionario TQM para Recolectar Datos	95
Apéndice G: Tabla de Frecuencia de los Enunciados.....	97

Lista de Tablas

Tabla 1.	<i>Concepto de Calidad, Concepción Tradicional versus Concepción Moderna.....</i>	14
Tabla 2.	<i>Principios, Prácticas y Técnicas de Calidad Total.....</i>	17
Tabla 3.	<i>Número de Certificaciones en el Mundo por Regiones.....</i>	26
Tabla 4.	<i>Agrupación de Enunciados del Cuestionario para los Factores de la Calidad TQM</i>	44
Tabla 5.	<i>Resultado de Alfa de Cronbach.....</i>	47
Tabla 6.	<i>Resultado de Alfa de Cronbach por Cada Factor.....</i>	47
Tabla 7.	<i>Resumen de Empresas que cuentan con un Sistema de Gestión de Calidad.....</i>	47
Tabla 8.	<i>Descripción de la Muestra Total en Empresas.....</i>	48
Tabla 9.	<i>Implementación de Sistema de Gestión de Calidad (SGC) por Ubicación Geográfica.....</i>	49
Tabla 10.	<i>Implementación de Sistema de Gestión de Calidad (SGC) por Tipo de Empresa.....</i>	49
Tabla 11.	<i>Implementación de Sistema de Gestión de Calidad (SGC) por Cantidad de Trabajadores.....</i>	49
Tabla 12.	<i>Antigüedad de las Empresas con y sin Sistema de Gestión de Calidad (SGC).....</i>	50
Tabla 13.	<i>Descripción de los Factores.....</i>	51
Tabla 14.	<i>Media por Enunciado y Factor, con y sin SGC.....</i>	54
Tabla 15.	<i>Prueba de Normalidad para los Nueve Factores de Calidad.....</i>	55
Tabla 16.	<i>Prueba de Levene para los Nueve Factores de Calidad.....</i>	56
Tabla 17.	<i>Prueba de U-Mann Whitney para los Nueve Factores de Calidad.....</i>	57

Lista de Figuras

<i>Figura 1.</i>	Mapa conceptual de la revisión de literatura.....	10
<i>Figura 2.</i>	Sistema Nacional de Calidad.....	24
<i>Figura 3.</i>	Proceso de prospección y venta.....	32
<i>Figura 4.</i>	Proceso de evaluación médica completa.....	33
<i>Figura 5.</i>	Proceso de facturación y cobranza.....	34
<i>Figura 6.</i>	Nivel de cumplimiento de los nueve factores de calidad.....	52
<i>Figura 7.</i>	Puntaje medio de empresas con y sin SGC.....	53



Capítulo I: Introducción

La introducción se inicia con el desarrollo de los antecedentes para esta investigación, donde se mencionan trabajos previos sobre el tema de la calidad. Se pasará a definir el problema y el propósito de la investigación, lo cual se componen del objetivo, de la hipótesis y de la pregunta de investigación. Esto llevará a explicar su importancia y también a describir su naturaleza, para finalmente definir las delimitaciones y limitaciones.

1.1 Antecedentes

Según Hackman y Wageman (1995) la administración de la calidad total (TQM) es un fenómeno que se ha difundido en todo el mundo, siendo una metodología utilizada para mejorar el desempeño organizacional (citado en Zbaracki, 1998). Cada año es mayor la cantidad de empresas, de distintos sectores y de diferentes tamaños, que implementan la calidad total. Al adoptar esta filosofía, las empresas buscan incrementar la satisfacción de sus clientes, complaciendo sus requerimientos, y simultáneamente también logrando reducir sus costos y por ende aumentar su rentabilidad (Benzaquen, 2014).

Las empresas se han preocupado por la calidad desde hace más de un siglo, pero fue en la década de los 80 cuando las organizaciones iniciaron la adopción de la calidad total o TQM de manera continua. Esta implementación se basa en el control de muestras estadísticas y la aplicación de la calidad no sólo a empresas manufactureras sino a industrias de servicios y hasta en entes gubernamentales (Cohen & Brand, 1993). La calidad total ha evolucionado hasta considerarse un sistema integrado que cubre a toda la organización de una forma estratégica, en lugar de ser solo una técnica o un programa aislado (Waldman, 1994).

A nivel internacional, Bruce, Shaw y Ebrahimpour (2007) realizaron un análisis con herramientas estadísticas utilizando datos de investigaciones empíricas desarrolladas previamente alrededor del mundo. Estos autores encontraron una relación positiva entre la certificación ISO 9000, que es un reconocido Sistema de Gestión de Calidad (SGC) y las

prácticas del TQM. El mismo resultado obtuvieron Marín y Gimeno (2009) al analizar empresas de la industria del mueble en España, evidenciándose que al implementar ISO 9001 se eleva el nivel de calidad, pero no lograron demostrar que esto tuviese un impacto positivo en la rentabilidad. Esto revela como el tema de la calidad se ha estudiado en el mundo, haciendo énfasis en el impacto que puedan tener los Sistemas de Gestión de Calidad.

El Perú no es ajeno a esta situación, por ello durante la revisión de literatura se han encontrado dos investigaciones que sirven de antecedentes al presente estudio, donde se ha medido la calidad en las empresas peruanas en base a nueve niveles que tiene la calidad (Benzaquen, 2013, 2014): (a) alta gerencia, (b) planeamiento de la calidad, (c) auditoría y evaluación de calidad, (d) diseño del producto, (e) gestión de la calidad del proveedor, (f) control y mejoramiento del proceso, (g) educación y entrenamiento, (h) círculos de calidad y (i) enfoque hacia la satisfacción del cliente.

Los estudios realizados por Benzaquen (2013) muestran que en el Perú se han dado mejoras en los niveles de calidad, específicamente entre los años 2006 y 2011 que fueron los períodos en los cuales se realizaron las mediciones. Mientras que otra conclusión relevante y que sienta las bases de la presente investigación es el hecho de que aquellas empresas que poseen la certificación ISO 9001 tienen un mejor desempeño en los distintos niveles de la calidad (Benzaquen, 2014). Dado que estos estudios se realizaron a nivel general, sin identificar diferencias entre industrias, se ha creado el espacio para investigar la calidad en cada sector, razón por la cual los investigadores se propusieron describir el nivel de la calidad en el subsector de salud ocupacional.

La salud ocupacional es una rama de la salud pública cuya finalidad es promover y mantener el mayor grado posible de bienestar físico, mental y social entre los trabajadores. Esto se aplica a los colaboradores de todos los sectores, ya que se busca prevenir cualquier daño que pudiese surgir como consecuencia de las condiciones del trabajo. Lo que se

pretende es proteger a los trabajadores de cualquier riesgo que ocasione la presencia de agentes perjudiciales a la salud, además de promover que los trabajadores tengan empleos adecuados a sus aptitudes fisiológicas (Salud Total, 2012). A partir de 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud ocupacional como un conjunto de conocimientos científicos que se combinan con técnicas para promover, proteger y mantener la salud y el bienestar de la población laboral, mediante medidas enfocadas tanto en el trabajador como en las condiciones de trabajo y en la comunidad. Para esto se necesita identificar, evaluar y controlar las condiciones y factores que afectan la salud (Salud Total, 2012).

Este trabajo de investigación de tesis busca determinar si existe efectivamente una relación positiva entre la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) y el nivel de calidad (TQM). Así como proveer una perspectiva sobre el desempeño actual de la implementación de la calidad en empresas del Subsector Salud Ocupacional en el Perú, usando la metodología de los nueve factores de la gestión de calidad total propuesto por Benzaquen (2013).

1.2 Definición del Problema

Benzaquen (2013, 2014) realizó investigaciones para describir la calidad en las empresas peruanas, llegando a determinar que sí existe una relación positiva entre la implementación de las normas ISO 9000, como Sistema de Gestión de Calidad (SGC) y los niveles de calidad. Sin embargo, las investigaciones que se han desarrollado previamente son generales para las empresas peruanas y se desconoce si esta relación favorable entre SGC y nivel de calidad existe en el subsector Salud Ocupacional. En este subsector no se han desarrollado investigaciones previas que permitan conocer el nivel de calidad que tienen sus empresas, a pesar de la importancia que tienen en la sociedad como entes responsables de la salud de los trabajadores.

1.3 Propósito de la Investigación

El propósito de la investigación se compone de: (a) pregunta, (b) objetivo e (c) hipótesis. Cada uno de estos puntos se desarrolla a continuación.

1.3.1 Pregunta de la investigación

La pregunta de la investigación es: ¿Cuál es el nivel de significancia entre las empresas del Subsector Salud Ocupacional en el Perú con Sistemas de Gestión de Calidad (SGC) con las que no la tienen?

1.3.2 Objetivos

Esta investigación tiene el siguiente objetivo general: Identificar si las empresas del Subsector Salud Ocupacional en el Perú con Sistema de Gestión de Calidad (SGC) tienen un mayor nivel de calidad comparado con aquellas que no tienen un SGC. Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Comparar los niveles de calidad percibidos por las empresas que poseen un sistema de gestión de calidad y las que no, respecto al factor Alta Gerencia en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú.
2. Comparar los niveles de calidad percibidos por las empresas que poseen un sistema de gestión de calidad y las que no, respecto al factor Planeamiento de la Calidad en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú.
3. Comparar los niveles de calidad percibidos por las empresas que poseen un sistema de gestión de calidad y las que no, respecto al factor Auditoría y Evaluación de la Calidad en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú.
4. Comparar los niveles de calidad percibidos por las empresas que poseen un sistema de gestión de calidad y las que no, respecto al factor Diseño del Producto en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú.

5. Comparar los niveles de calidad percibidos por las empresas que poseen un sistema de gestión de calidad y las que no, respecto al factor Gestión de la Calidad del Proveedor en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú.
6. Comparar los niveles de calidad percibidos por las empresas que poseen un sistema de gestión de calidad y las que no, respecto al factor Control y Mejoramiento del Proceso en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú.
7. Comparar los niveles de calidad percibidos por las empresas que poseen un sistema de gestión de calidad y las que no, respecto al factor Entrenamiento y Educación en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú.
8. Comparar los niveles de calidad percibidos por las empresas que poseen un sistema de gestión de calidad y las que no, respecto al factor Círculos de Calidad en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú.
9. Comparar los niveles de calidad percibidos por las empresas que poseen un sistema de gestión de calidad y las que no, respecto al factor Enfoque hacia la Satisfacción del Cliente en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú.

1.3.3 Hipótesis

La hipótesis de esta investigación es: Las empresas del Subsector Salud Ocupacional en el Perú con un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) tienen diferencias significativas en los factores de calidad de aquellas empresas que no tienen un SGC de acuerdo al modelo propuesto.

1.4 Importancia de la Investigación

En la actualidad se desconoce el nivel de calidad que tienen las empresas del Subsector Salud Ocupacional. Es por ello que esta investigación es de suma importancia ya que dará a conocer los niveles de calidad (TQM) que tienen las empresas del subsector, en cada una de las nueve dimensiones. Se conocerá si tienen implementado algún Sistema de

Gestión de Calidad (SGC), identificando si esto lleva a una mejora o no en la calidad del servicio que brindan. Como resultado de dicho diagnóstico se obtendrá información muy valiosa, que servirá como punto de partida para efectuar ajustes y mejoras que permitan elevar los niveles de calidad en las empresas del sector.

Dada su naturaleza y significancia para los usuarios del sector es de vital importancia que las empresas proveedoras de servicios de salud ocupacional brinden a sus clientes un alto nivel de calidad, adecuado a los requerimientos de los pacientes y de las empresas contratantes. Pero para lograr ello, primero deben tener un diagnóstico objetivo para determinar así los puntos de mejora y lograr cumplir con su objetivo de preservar y promover la salud de los trabajadores peruanos, además de garantizar que cuentan con las aptitudes físicas necesarias para sus puestos de trabajo.

1.5 Naturaleza del Estudio

Esta investigación se ha definido de naturaleza descriptiva y explicativa. De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2010) se considera descriptiva porque se han detallado las características, rasgos y propiedades del fenómeno en estudio, es decir de la calidad en las empresas del Subsector Salud Ocupacional. Además es explicativa, porque se pretende establecer si existe o no alguna relación entre la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad (SGC) y el nivel de los nueve factores de la calidad.

La metodología que se utilizó fue cuantitativa, porque los datos recopilados con el instrumento TQM (Benzaquen, 2013) se registraron utilizando la escala de Likert, lo cual permitió realizar análisis de frecuencia y pruebas estadísticas. A la vez que el diseño fue transeccional descriptivo, teniendo como objetivo el conocer la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. Para lograr esto se midió a un grupo de elementos, en este caso empresas del subsector salud ocupacional, y posteriormente se proporcionó la descripción del nivel de calidad que impera, probando la hipótesis (Méndez, 2001).

1.6 Limitaciones

Durante la realización de la investigación se identificaron las siguientes limitaciones:

(a) la cantidad de recursos disponibles, sin embargo esto no impidió que se encuestaran Centros de Salud Ocupacional ubicados en distintas ciudades del Perú, específicamente en Lima, Arequipa, Huacho, Trujillo, Piura e Iquitos; (b) el acceso a la información, ya que algunas empresas de la población que fueron contactadas se negaban a participar en el estudio, o se tenía que realizar varios intentos de contacto antes de poder aplicar cuestionario; y (c) el uso de una muestra, en lugar de encuestar a la población completa, pero esto se solucionó al utilizar un error muestral del 5%, ya que con un error pequeño los resultados obtenidos son totalmente extensibles a toda la población.

1.7 Delimitaciones

Para esta investigación se identificaron las siguientes delimitaciones: (a) de tipo de negocio, ya que la investigación incluyó únicamente a empresas del subsector salud ocupacional, las cuales están acreditadas en la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA); (b) geográfica porque solamente se han cubierto empresas que operan en el Perú, tanto en Lima como en provincias; (c) temporal, ya que este estudio fue realizado en el año 2014; y (d) delimitación metodológica, porque se seleccionó el instrumento TQM (Benzaquen, 2013) para recabar los datos de las empresas.

1.8 Resumen

El presente capítulo define una investigación descriptiva y explicativa, que tiene por objeto diagnosticar el nivel de calidad de las empresas del Subsector Salud Ocupacional en el Perú. Así mismo busca conocer si aquellas empresas que cuentan con algún Sistema de Gestión de Calidad poseen un mejor desempeño, en lo que a calidad se refiere. Esto se logra mediante la aplicación del instrumento TQM, que recoge información cuantitativa del sector para el procesamiento de los datos recopilados. La importancia de la presente investigación

radica en proporcionar un punto de partida para efectuar mejoras en la calidad de las empresas del Subsector Salud Ocupacional, que son responsables de garantizar la protección y preservación de la salud de los trabajadores peruanos.



Capítulo II: Revisión de la Literatura

La revisión de la literatura se ha realizado siguiendo este orden: (a) sobre el concepto de calidad y su evolución, incluyendo la calidad total y la forma en la que debe implementarse; (b) la calidad en el Perú, y (c) la calidad en las empresas del subsector salud ocupacional, entendiéndose que se abarca a todo el país y no a una región en particular. En la Figura 1 se presenta el mapa conceptual de esta revisión de literatura.

2.1 Evolución del Concepto de Calidad

Japón es el país que ha alcanzado mayor incremento en su productividad, así como en su producción total, a partir de la segunda Guerra Mundial. Esto se debe principalmente a la adopción de métodos de control de calidad, que fueron propuestos inicialmente por Edward Deming, quien inició sus visitas a este país asiático en el año 1947. El éxito que ha tenido su filosofía de la calidad se atribuye principalmente al uso de métodos estadísticos de control (Nixon, 1962).

A los aportes de E. Deming, en materia de calidad, se suman los de Crosby (1979), quien sustenta su filosofía en las siguientes herramientas:

- a. Diagnóstico de Crosby de la empresa en dificultades: Sostiene que la mayoría de las empresas invierten tiempo y dinero en re trabajos y correcciones a errores, mientras que el producto que elaboran no satisface las expectativas de los clientes. Esto se debe a que la gerencia niega su responsabilidad en los problemas, buscando culpables entre los trabajadores, al mismo tiempo que no le da instrucciones claras a los trabajadores y no explica lo que se espera de ellos.
- b. Triángulo de Crosby: Son tres los puntos que soportan la calidad, las políticas, la comunicación y los sistemas. Por lo tanto, se necesita poner esfuerzo en cada uno de ellos si se quiere lograr calidad.

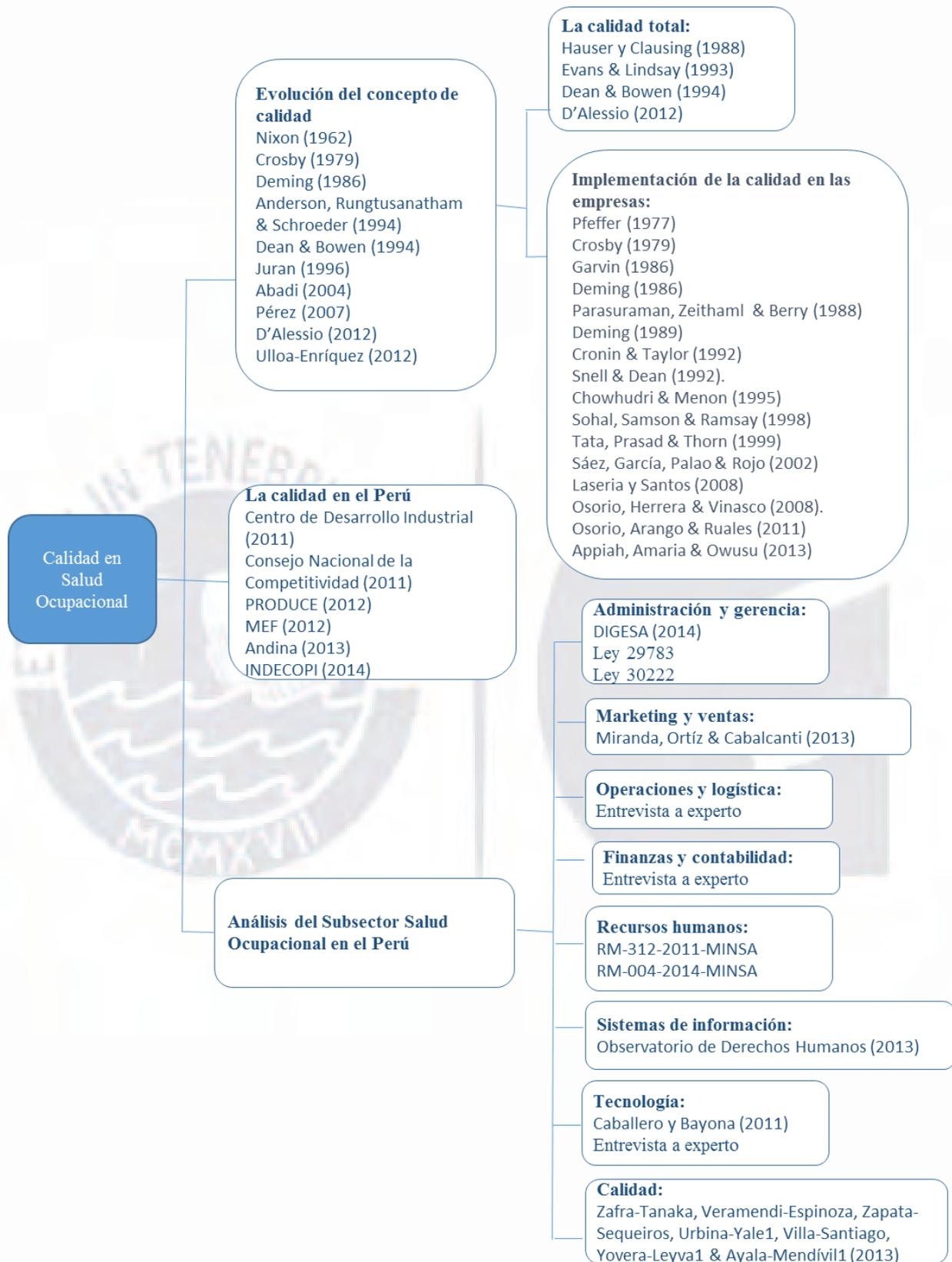


Figura 1. Mapa conceptual de la revisión de literatura.

- c. Principios absolutos de Crosby: Son cuatro los principios absolutos, definir la calidad en función de los requerimientos de los clientes, la calidad no es corregir errores sino evitarlos o prevenirlos, el objetivo es tener cero defectos, y la clave de la calidad radica en no conformarse con la situación actual, buscando siempre mejorar.
- d. Acciones de la gerencia: Es necesario el involucramiento de la alta gerencia, la cual debe mostrar determinación, capacidad para adecuarse a los cambios y a los requerimientos, así como habilidad para guiar la implementación de la calidad.

El concepto de calidad de Deming (1986) se fundamenta en la aplicación de 14 principios, que se listan a continuación:

1. Proponerse constantemente mejorar los productos y los servicios, a través de la innovación y la inversión en investigación y en mantenimiento. Con esto, la organización puede garantizar su permanencia en el largo plazo.
2. Adoptar la filosofía japonesa del cambio incesante, evitando el conformismo y la permanencia en una misma situación.
3. Utilizar las muestras estadísticas para reducir la dependencia en las inspecciones masivas, como forma para mejorar la calidad de los productos.
4. Reducir el número de proveedores, al terminar con la selección de proveedores en función del precio; para lo cual se necesita establecer relaciones de largo plazo con los proveedores, denominadas alianzas estratégicas, logrando que eleven su calidad y produzcan los insumos que la organización requiere.
5. Buscar continuamente la reducción de los desperdicios y el incremento de la calidad en los sistemas de producción.
6. Brindar entrenamiento y capacitación frecuente a todos los empleados, para que realicen correctamente su trabajo.

7. Mejorar la supervisión para que cumpla cabalmente con su función de guiar al personal.
8. Eliminar los miedos o temores a equivocarse, ya que esto limita la capacidad que tiene la organización de innovar.
9. Destruir las barreras interdepartamentales, empezando porque muchas veces tienen metas que se oponen y esto no puede ser. Debe recordarse que los sistemas involucran a personas en todas las áreas de la organización, las cuales deben trabajar juntas, en equipo.
10. Eliminar las metas numéricas y todas las directrices enfocadas en mejorar la productividad, es decir en producir mayor cantidad. El enfoque debe pasar a producir con mayor calidad.
11. Eliminar las cuotas numéricas porque esto hace que las personas se enfoquen en alcanzar sus cuotas y descuiden la calidad, que debe ser lo más importante. Es por ello que la supervisión tiene que ir a motivar la excelencia en lugar de a incrementar la cantidad.
12. Lograr que las personas se sientan orgullosas de su trabajo, al generar productos o servicios de alta calidad. Esto demanda cambios en la visión que se tiene de la labor de supervisión.
13. Re entrenar continuamente a todos los trabajadores, ya que continuamente surgen nuevos conocimientos y nuevas técnicas. Esto parte de la creencia de que siempre se puede aprender y mejorar.
14. Se requiere de una alta gerencia que esté involucrada en el proceso y que sea capaz de guiar a toda la organización en el proceso de transformación que implica la implementación de la calidad.

Crosby (1979) también presentó 14 principios o pasos de calidad, los cuales se diferencian de los anteriores en que son puntuales o de redacción más simple. Estos pasos son:

1. Compromiso de la alta gerencia con la calidad.
2. Formar equipos de mejoramiento de la calidad, también conocidos como círculos de calidad.
3. Realizar mediciones, para tomar decisiones con base en hechos y no en supuestos.
4. Implementar la calidad cuesta, pero en el largo plazo genera beneficios.
5. Difundir la calidad.
6. Revisar las acciones correctivas aplicadas en el pasado.
7. Planear teniendo como objetivo lograr cero defectos.
8. Educar constantemente a los empleados.
9. Resaltar los días con cero defectos.
10. Establecer metas asociadas con la calidad (no con la cantidad).
11. Eliminar las causas de los errores.
12. Dar reconocimientos a los empleados, asociados con el logro de calidad.
13. Crear el consejo de la calidad.
14. Hacer todo esto de nuevo.

Estos principios o pasos constituyen la esencia o el fundamento para crear un sistema organizacional que promueve la cooperación y el aprendizaje, facilitando la mejora continua de los procesos, productos y servicios, para satisfacer a los clientes (Anderson, Rungtusanatham & Schroeder, 1994), lo cual se mantiene vigente hasta la actualidad, ya que de acuerdo con D'Alessio (2012) estos 14 puntos contribuyen a lograr una buena administración. Es grande el aporte de Deming, quien trabajando con empresas japonesas

desarrolló la teoría de la calidad total, fundamentada en una mejora permanente, con enfoque en los procesos y no en los productos (Anderson, Rungtusanatham & Schroeder, 1994).

El tercer autor promotor de la visión moderna que se tiene de la calidad, junto con Deming y Crosby, es Juran (1996) quien indicó que la calidad se logra mediante la implementación de tres procesos: (a) planeamiento de la calidad, que parte del establecimiento de objetivos y del conocimiento de los requerimientos y expectativas que se tienen de los clientes; (b) control de la calidad, contrastando la realidad con los objetivos que se plantearon para poder corregir las diferencias; y (c) mejoramiento de la calidad, siempre buscando alcanzar mejores niveles, con proyectos de mejora continua.

En la Tabla 1 se presentan las diferencias entre la concepción tradicional que se tenía de la calidad y la concepción moderna. Se entiende por concepción moderna a la visión que se tiene desde los años 80, cuando autores como Deming, Juran y Crosby cambiaron el enfoque del producto hacia los procesos y por lo tanto de la supervisión entendida como liderazgo a la necesidad de contar con una guía, que tenga metas claras relacionadas con la calidad y no con la cantidad.

Tabla 1

Concepto de Calidad, Concepción Tradicional versus Concepción Moderna

Concepción tradicional	Concepción moderna
Orienta exclusivamente la calidad al producto	La calidad afecta toda la actividad de la empresa
Considera al cliente externo	Considera al cliente externo e interno
La responsabilidad de la calidad es de la unidad que controla	La responsabilidad de la calidad es de todos
La calidad la establece el fabricante	La calidad la establece el cliente
La calidad pretende la detección de fallas	La calidad pretende la prevención de fallas
Exige niveles de calidad aceptables	Cero errores, hacerlo bien desde la primera vez
La calidad cuesta	La calidad es rentable
La calidad significa inspección	La calidad significa satisfacción
Predominio de la cantidad sobre la calidad	Predominio de la calidad sobre la cantidad
La calidad se controla	La calidad se fabrica, se produce
La calidad es un factor operacional	La calidad es un factor estratégico

Nota. Tomado de "Administración de las operaciones productivas, un enfoque en procesos para la gerencia" por F. D'Alessio, 2012, p.358. México, D.F.: Pearson.

El cambio de enfoque hacia los procesos ha sido una revolución, donde la calidad, la información y el conocimiento se muestran como recursos esenciales para la garantía de un correcto desempeño institucional (Abadi, 2004). Por lo tanto, la calidad es una de las aspiraciones de mayor valor que puede ostentar una entidad, pues es un reflejo de las concepciones, valores y metas que la misma se traza y de los resultados que persigue, modificando incluso la forma en la que concibe sus procesos, sus productos y sus servicios (Pérez, 2007).

Más allá de ser un cambio en el enfoque hacia los procesos, desde finales de los años 80, las empresas han cambiado su enfoque estratégico, concentrándose en su interior. Esto ha permitido que se revisen diversos aspectos como (Powell, 1995): (a) la cultura organizacional, (b) la reputación, (c) el know-how, (d) los procesos de aprendizaje y la capacitación, y (e) la mejora continua, entre otros factores. Sin embargo, no debe dejarse de lado el hecho de que las organizaciones están inmersas en un entorno, integrado por competidores, así como por el gobierno y otros entes.

“Las empresas se encuentran en un entorno cambiante en todos los ámbitos. En este contexto a nivel nacional e internacional, las organizaciones productivas y sus actores, enfrentan exigencias internas y externas de distinta índole, lo que ha obligado a que optimicen sus recursos e incorporen en su actuación múltiples alternativas de gestión que les permitan mantenerse en el mercado” (Ulloa-Enríquez, 2012, p.101).

Explicó D'Alessio (2012) que el concepto de calidad ha evolucionado a través del tiempo, siendo relacionado desde inicios del Siglo XX con la inspección y la revisión de los productos para garantizar que tuviesen el nivel de calidad deseado por el fabricante. Luego, en la década de los 40 se incorporaron herramientas estadísticas para facilitar los análisis, y posteriormente en los años 60 el significado de calidad se amplió, llegando a ver a la organización como un todo.

2.1.1 La calidad total

Se denomina calidad total porque se abarca a toda la organización, es decir que se incluye a su personal, al diseño del producto o servicio, a los insumos y proveedores, a los procesos, al producto terminado, e incluso a las ventas y al servicio posterior que se brinda a los clientes (D'Alessio, 2012). Es un concepto de gerencia integral para lograr la mejora continua de los productos y servicios, a través de la participación activa de todos los miembros de la organización (Evans & Lindsay, 1993).

Se define a la calidad total como una filosofía o enfoque de la gerencia, caracterizada por una combinación de principios, prácticas y técnicas, tal y como se presenta en la Tabla 2. Los principios de la calidad son tres: (a) enfoque en los clientes, (b) mejora continua, y (c) trabajo en equipo. Cada uno de estos principios se implementa a través de un conjunto de prácticas, utilizando una amplia variedad de técnicas (Dean & Bowen, 1994). Por ejemplo, se tiene que el principio del enfoque en los clientes es proveer productos o servicios que cumplan con sus requerimientos, para ello se usa como práctica el contacto directo y la recopilación de información de los clientes, utilizando la técnica de la encuesta.

Para Hauser y Clausing (1988) el principio más importante es el enfoque en los clientes, con la meta de satisfacer sus expectativas. Esto es básico para la calidad total y se refleja al interior de la organización en sus intentos por diseñar y brindar al mercado bienes y servicios que atienden los requerimientos de los consumidores. En la medida en que se logra esto la organización garantiza su desarrollo en el largo plazo, pero se requiere que todos los empleados, sin importar el área en la que trabajen, tengan el mismo enfoque.

2.1.2 Implementación de la calidad en las empresas

Existen diversas formas de implementar la calidad, y una de ellas es la reingeniería, la cual para Sáez, García, Palao y Rojo (2002, p.53) es “la revisión fundamental y el rediseño

radical de procesos para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas y contemporáneas de rendimiento, tales como costos, calidad, servicio y rapidez”.

Tabla 2

Principios, Prácticas y Técnicas de Calidad Total

	Enfoque en los clientes	Mejora continua	Trabajo en equipo
Principios	Importancia de proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los clientes. Esto demanda que la organización como un todo se enfoque en los clientes	Satisfacción al cliente de forma consistente, con la mejora de los procesos que llevan a crear productos y servicios	Enfoque en el cliente y mejora continua se alcanzan con la colaboración entre la organización, los proveedores y los clientes
Prácticas	Contacto directo con los clientes. Recolectar información de las necesidades de los clientes. Usar esta información para el diseño y la entrega de productos y servicios	Análisis de los procesos. Reingeniería. Solución de problemas. Planear, hacer, actuar.	Buscar acuerdos que beneficien a todas las unidades involucradas en el proceso. Formar distintos tipos de equipos. Desarrollar habilidades de grupos
Técnicas	Encuestas a clientes y focus groups. La calidad significa trasladar la información de los clientes a las especificaciones de los productos	Diagrama de flujo. Análisis de Pareto. Control estadístico de procesos. Diagrama de espina de pescado	Desarrollar métodos para la creación y fortalecimiento de los grupos

Nota. Tomado de “Management Theory and Total Quality: Improving Research and Practice through Theory Development” por J. Dean y D. Bowen, 1994. The Academy Management Review, 19(3), p.395

Procesos. Las compañías son conscientes de que garantizar productos de calidad y servicios acordes con las exigencias del cliente no solamente es posible con la optimización de sus procesos internos, sino que debe incluir los procesos externos relacionados con las entradas de materiales e insumos a la empresa. De allí, la necesidad de contar con proveedores confiables que permitan un buen desempeño del proceso en general. Según la norma ISO 9001, la organización debe evaluar y seleccionar los proveedores en función de su capacidad para suministrar productos de acuerdo con los requisitos de la organización; deben establecerse los criterios para la selección, la evaluación y la reevaluación y deben

mantenerse los registros de los resultados de las evaluaciones y de cualquier acción necesaria que se derive de ellas. Con un modelo de certificación de proveedores se forjará una relación de trabajo en equipo, fomentando el entendimiento mutuo cliente - proveedor, al mismo tiempo que se reconocerá la independencia de cada una de las partes (Osorio, Arango & Ruales, 2011).

Por lo tanto es necesario implementar una correcta y constante evaluación de los proveedores, la misma que como se indica permita definir reglas de operación con el proveedor, de modo que se pueda definir un programa de trabajo para facilitar los intercambios, establecer políticas adecuadas de formas y plazos de pago, tiempos de entrega y especificaciones técnicas de calidad. A su vez, el correcto proceso de evaluación de proveedores es un problema típico multicriterio ya que involucra diversos factores, entre ellos cualitativos y cuantitativos. Por ello se debe elegir una correcta metodología (Osorio, Herrera & Vinasco, 2008).

Deming (1989) propuso el uso de herramientas que permitan analizar los datos internos de manera objetiva, ya que las decisiones que se tomen deben estar fundamentadas en hechos. Las siete herramientas de control de los procesos que Deming (1989) propuso son las siguientes: (a) diagramas causa efecto, (b) diagramas de flujo, (c) diagrama de Pareto, (d) histograma, (e) gráficos de dispersión, (f) diagrama de dispersión, y (g) gráficos de control. El autor sugiere la implementación de todas ellas para garantizar un control efectivo de los procesos, que como se ve se basa en datos reales recopilados y técnicas estadísticas de análisis.

Estructura organizacional. Chowhudri y Menon (1995) indicaron que actualmente los gerentes se enfrentan a cambios rápidos en la tecnología, disminución en el ciclo de vida de los productos, nuevos mercados y demanda por mayor calidad (citado en Tata, Prasad & Thorn, 1999). Por lo tanto, la implementación de TQM implica cambios drásticos en la forma

en que las personas trabajan y comparten en los sitios de trabajo. Siendo diversos los estudios que indican que existe una conexión entre la efectividad de la calidad total y la estructura organizacional (Sohal, Samson & Ramsay, 1998).

La estrategia es la forma adecuada de alinear el desarrollo y desempeño organizacional con el de cada individuo, acorde a la visión moderna de la calidad que la ve como un enfoque estratégico (D'Alessio, 2012). Dicha estrategia constituye el plan maestro o la guía para lograr una mejora en el desempeño organizacional, y se manifiesta explícitamente en los objetivos estratégicos (Lasera y Santos, 2008). Mientras que para Crosby (1979), los empleados deben estar en capacidad de diagnosticar cualquier problema relacionado con la calidad y de tomar medidas correctivas, sin importar su posición en la estructura organizacional. Entonces, la calidad total es mucho más que una técnica o un cambio puntual, es un proceso sistemático que se fundamenta en el análisis y evaluación de la situación actual para estructurar o diseñar los cambios e implementarlos (Snell & Dean, 1992).

Es importante mencionar que el cambio de estructura no es lo único que se requiere, sino que también se necesita el entrenamiento y la capacitación constante para contar con un personal involucrado en la calidad y dispuesto a atender los requerimientos de los clientes. Los colaboradores tienen que involucrarse en actividades más allá de las requeridas por cada puesto de trabajo, dominando también herramientas estadísticas básicas (Deming, 1989, citado en D'Alessio, 2012). Entonces, debe recordarse que la visión moderna de la calidad indica que la necesidad de eliminar la supervisión o revisión masiva de los productos, sustituyéndola por muestras aleatorias.

Alta gerencia y liderazgo. En la medida en que crece la competencia, es necesario que las organizaciones tengan un claro entendimiento de lo que es la calidad. Lo principal para lograr la implementación exitosa del TQM es el involucramiento de la alta gerencia (Appiah,

Amaria & Owusu, 2013). Inclusive Garvin (1986) llegó a señalar que no existen productos con alta calidad sin una gerencia que esté comprometida y que fomente la cooperación entre las distintas unidades.

Para algunos autores como Deming (1986) el liderazgo es un elemento crítico para lograr el éxito de la organización, en contraste con Pfeffer (1977) quien señaló que existen muchos factores que escapan del control del líder y afectan enormemente el desempeño, es decir la calidad. Sin embargo, se entiende que el líder debe estar atento a los cambios del entorno así como a los internos, y promover la calidad de sus procesos, productos o servicios, a pesar de cualquier situación adversa (Dean & Bowen, 1994).

Enfoque en los clientes. Son muchas las empresas que han escogido la calidad que ofrecen en sus productos o servicios para posicionarse en el mercado (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988). Aunque para Appiah, Amaria y Owusu (2013) si bien con la implementación de la calidad total se busca mejorar los productos y servicios, esto no siempre es apreciado por los clientes y por ende no repercute en beneficios económicos para la empresa. La conclusión es que como lo sugirió Deming (1986) la calidad se fundamenta en atender los requerimientos de los clientes, diseñándolos de acuerdo a sus necesidades y expectativas.

Medición y control de la calidad. Se ha dicho que la calidad es un proceso de mejora continua, pero para establecer los aspectos en los que se debe mejorar es necesario contar con mediciones de la calidad (Cronin & Taylor, 1992). En un inicio la medición se hacía con un censo de todas las piezas, pero desde la década de los 40 se incorporó el análisis estadístico (D'Alessio, 2012) con lo cual se agilizó el proceso de control. El uso de herramientas como los diagramas causa efecto o las gráficas de control permiten contar con datos objetivos, que cuando son recopilados de manera oportuna son la base para la toma de decisiones (Deming, 1989).

Existen siete variables que definen la relación entre la implementación de la calidad total (TQM) y la gerencia o administración (Appiah, et.al., 2013): (a) compromiso de la alta gerencia, (b) entrenamiento en aspectos de calidad, (c) información de los clientes, (d) control y mejora continua de los procesos, (e) empoderamiento de los empleados o darles las herramientas para que puedan tomar decisiones, (f) involucramiento de los proveedores en el proceso de calidad, y (g) comunicación permanente.

2.2 La Calidad en el Subsector Salud Ocupacional en el Mundo

Kerr y Trantow (1969) estuvieron entre los primeros autores que indicaron la importancia de definir, medir y alcanzar la calidad en los servicios de salud. El sector de servicios de salud es sumamente compleja, en relación con los servicios que provee. De allí la dificultad de desarrollar metodologías para medir y controlar a la calidad. La clave está en la correcta definición, que depende del tipo de servicio que se brinda, es decir del mercado objetivo y de la tecnología a utilizar. Luego de una correcta definición entonces se puede proceder a diseñar una metodología de medición, a través de indicadores.

Las instalaciones donde se proveen los servicios de salud forman parte esencial del servicio que se brinda y por ello son sujeto de sistemas de acreditación o certificación. Para Nandraj y Khot (2003) la creación de un sistema de acreditación es esencial, pero para que funcione apropiadamente tiene que ser reconocido tanto por los colaboradores y directivos de instituciones médicas, como por los pacientes y aseguradoras, entre otras. La dificultad radica en la gran diversidad que existe de instalaciones, que difieren en los servicios que proveen, la forma de propiedad y los sistemas de medicina que usan. Sin embargo, debe lograrse un programa de acreditación, porque esto elevaría la calidad de las empresas del sector (Lewis, 1984).

Específicamente en lo que se refiere a salud ocupacional y ante los numerosos problemas de salud y seguridad ocupacional que se observaban a nivel mundial, la

Organización Mundial de la Salud, en cooperación con distintos entes, desarrolló políticas y normas en esta área (OMS, 1995). En el Siglo XXI el principal reto es establecer planes de salud ocupacional asociados con la automatización y las nuevas tecnologías, así como con las sustancias químicas y la biotecnología (OMS, 1995). Esto muestra que la salud ocupacional requiere de innovaciones, en los protocolos que se siguen y las pruebas que se realizan, por lo que el grado de actualizar de los centros de atención sin duda se relaciona con su calidad.

En la medida en que las cargas laborales se incrementan, así como los riesgos para la salud dentro del lugar de trabajo, surge la necesidad de contar con programas de salud bien diseñados y adaptados a las necesidades de cada empresa o incluso de cada cargo (Matabanchoy, 2012). Lo cual lleva a reconocer que la calidad en las empresas que brindan servicios de evaluaciones de salud ocupacional está asociada a su capacidad para adaptarse a las necesidades de cada cliente. Esto significa el contar con distintas pruebas para ajustarlas en función de los riesgos de cada cargo.

Mientras que para Jappelli y Padula (2003) la calidad de los servicios de salud se refleja en su producto o en los servicios que brindan a sus clientes. Dentro de los elementos que más afectan la calidad está la disponibilidad de recursos, entre ellos el capital. Pero en la medida en que los servicios que se ofrecen van creciendo en calidad resulta difícil generar cambios en la percepción de los clientes, mientras que en los servicios muy pobres los cambios se observan rápidamente.

2.3 La Calidad en el Perú

En el Perú funciona el Comité de Gestión de la Calidad (CGC), creado en 1989, que constituye una iniciativa privada que busca promover el desarrollo de la calidad en el país. Cuando este ente se creó estaba integrado por cuatro entidades, pero ya cuenta con 24 instituciones, entre las que se encontraba la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). El CGC busca promover prácticas de calidad en el Perú, sin importar el rubro del negocio,

por lo que cuenta con las siguientes iniciativas (Centro de Desarrollo Industrial, 2011): (a) la Semana de la Calidad, con la cual en el año 2014 se llegó a 3,750 gerentes, a 4,500 profesores universitarios y a 8,800 jóvenes; y (b) el Premio Nacional a la Calidad para reconocer los esfuerzos sobresalientes de las empresas. Además se tiene que desde el año 1992, con la creación del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI), se inició la construcción del Sistema Nacional de Calidad (SNC), que es el órgano técnico responsable de desarrollar, dirigir, coordinar, gestionar y promover las actividades de infraestructura de la calidad en el país (Consejo Nacional de la Competitividad, 2011).

Este Sistema Nacional de la Calidad (SNC) está integrado por diversos entes, de acuerdo con la Figura 2, incluyendo a: (a) Presidencia del Consejo de Ministros, (b) Comisión de Normalización y F. de Barreras no Arancelarias, (c) Sociedad Nacional de Acreditación (SNA), (d) Servicio Nacional de Metrología (SNM), (e) PROMPERU, (f) Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA), y (g) Ministerio de Transporte y Comunicaciones (MTC), entre otros. A pesar de que a simple vista el SNC se encuentra articulado, la realidad es que enfrenta graves problemas como la carencia de personal, y en especial en INDECOPI, los retrasos en la promulgación de normas para los sistemas de gestión, y la falta de coordinación entre todos los entes (Consejo Nacional de la Competitividad, 2011).

Por otro lado, el Consejo Nacional de la Competitividad (2011) bajo el proyecto de fortalecimiento de infraestructura de la calidad en el Perú, propone que el sistema de nacional de calidad debe incluir las siguientes actividades: reglamentos técnicos; normas voluntarias, metrología legal, científica e industrial; autorizaciones y acreditaciones; y actividades de evaluación de la conformidad. Estas actividades se enmarcan fundamentalmente en el ámbito del tratado de Obstáculos Técnicos al Comercio (OTC) de la Organización Mundial del

Comercio (OMC). Esto muestra que aun cuando la posición actual de la calidad en el Perú es deficitaria y desarticulada se están implementando proyectos desde distintas instancias para cambiar esta situación.

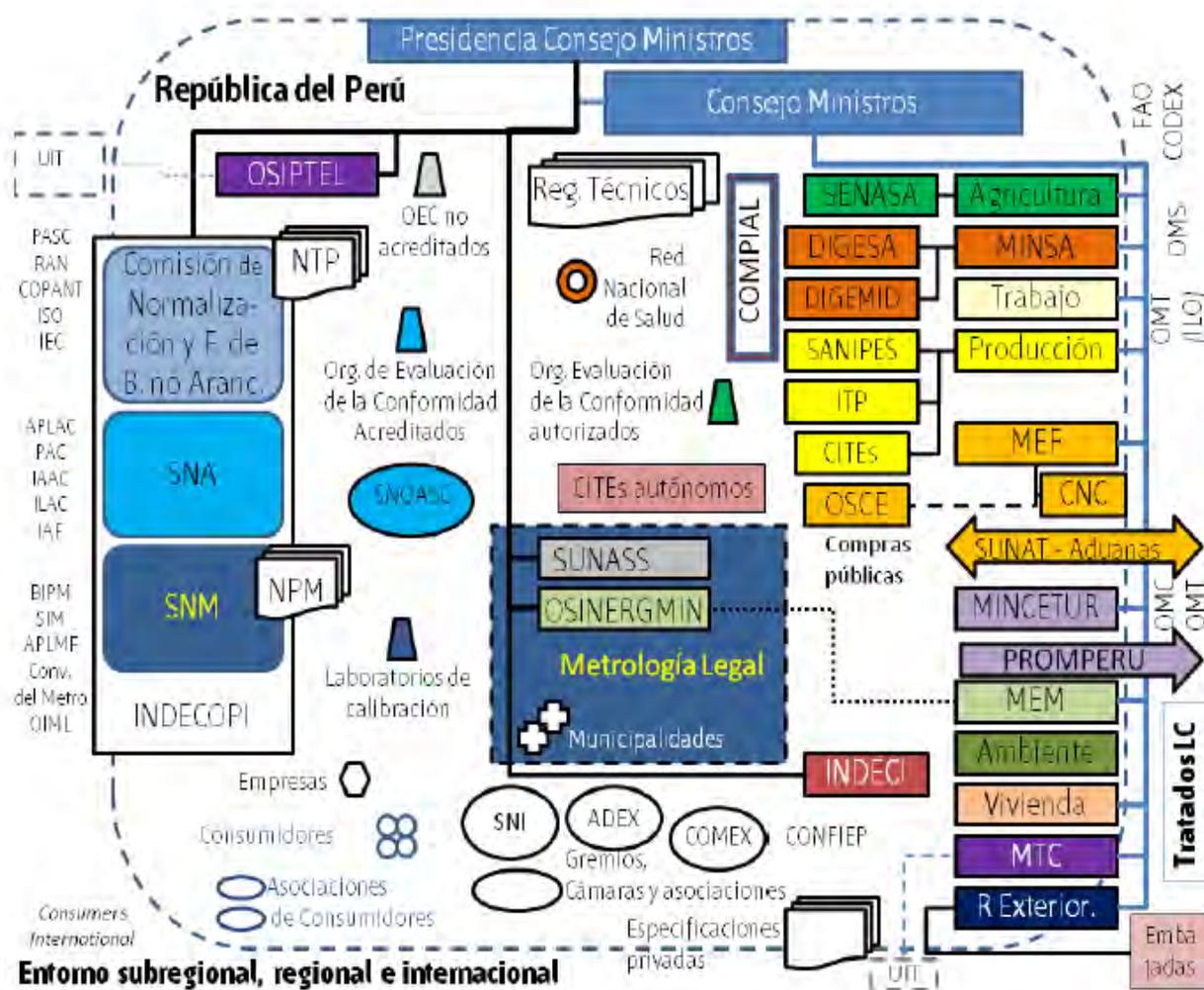


Figura 2. Sistema Nacional de Calidad. Tomado de “Diagnóstico del Sistema Nacional de Calidad” por Consejo Nacional de la Competitividad, 2011, p.28. Recuperado de http://www.cnc.gob.pe/descargas/descargar/Diagnostico_SNC_Documento_final.pdf

Construir un efectivo sistema nacional de calidad permitirá al Perú incrementar su competitividad y satisfacer a exigentes clientes nacionales y extranjeros, para lo cual se requiere la participación activa tanto del sector público como del privado, así como de los consumidores (PRODUCE, 2012). Es así que con el objetivo de incrementar la calidad, en miras a aumentar la productividad de las empresas peruanas, se presentaron 64 programas.

Esto se hizo dentro del marco de la Agenda de Competitividad 2012-2013 (MEF, 2012), involucrando a 12 Ministerios para poder ejecutar los programas. Otra iniciativa ha sido la elaboración del proyecto de Ley del Sistema Nacional de Calidad que fue presentado al Poder Ejecutivo en el año 2014.

Independientemente de los esfuerzos que se realizan, una manera para medir los avances en temas de calidad es mediante la cantidad de certificaciones que las empresas han obtenido. Son los entes públicos los responsables de las políticas y de la coordinación, pero al final son las empresas las que deben implementar los sistemas de gestión para generar productos y servicios de calidad internacional. En el país habían en el año 2013 cerca de 800 empresas certificadas en temas de calidad, pero la realidad es que se necesitan entre 4,000 y 5,000, solamente así se observará un cambio en la productividad y con ello se incrementará la competitividad del Perú (Andina, 2013). Al hacer una comparación entre las certificaciones ISO 9001 que se han otorgado en el mundo, se observa en la Tabla 3 que Centro y Sur América representa el 3.5%, mientras que Europa y Asia del Este y Pacífico tienen 43% cada una.

Las certificaciones más populares que se utilizan para los sistemas de gestión son: (a) ISO 9001, para el sistema de gestión de la calidad, (b) ISO 14000 para el sistema de gestión ambiental, (c) OHSAS 18001, para el sistema de gestión de salud y seguridad ocupacional; e (d) ISO 22000, para el sistema de gestión de inocuidad de los alimentos. Desde el punto de vista de la calidad, la certificación ISO 9001 se relaciona con esta investigación, las empresas para obtenerla deben acudir a auditores externos, quienes asesoran y evalúan los procesos para su consentimiento. Pero estos consultores externos tienen que estar registrados en el Servicio Nacional de Acreditación, que es un ente adscrito al INDECOPI (2014), para que la acreditación sea válida. Sin embargo, una acreditación en el Perú no necesariamente cumple con los lineamientos vigentes en el extranjero porque parte de las normas aprobadas

en el país ya están desactualizadas y esto se debe a que los procesos para adoptarlas son muy lentos y cuando finalmente son aprobadas solamente les queda una vigencia de dos años (Consejo Nacional de la Competitividad, 2011).

Tabla 3

Número de Certificaciones en el Mundo, por Regiones

Año	1995	2000	2005	2010	2012
Total	127,348	457,833	773,843	1,118,510	1,101,272
África	1,563	4,769	6,763	7,667	9,795
Centro y Sur América	1,220	10,805	22,498	49,260	51,459
Norte América	10,374	48,296	59,663	36,632	38,586
Europa	92,611	269,332	377,172	530,039	474,574
Asia del Este y Pacífico	19,766	109,217	266,100	438,477	474,241
Centro y Sur Asia	1,038	6,411	27,966	37,596	33,175
Medio Oriente	776	9,003	13,681	18,839	19,442

Nota. Tomado de "ISO Survey 2012" por ISO, 2013. Recuperado de <http://www.iso.org/iso/iso-survey>

2.3.1 Calidad en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú

Al revisar los 135 centros de salud ocupacional listados en el Apéndice D se encontró que ninguno de ellos cuenta con la certificación ISO 9001, con la excepción de SG Natclar SAC. Utilizando los buscadores de artículos disponibles en la biblioteca, así como buscadores en Internet se encontró solamente una investigación relacionada con calidad en centros de salud en el Perú. Esta se realizó para determinar la calidad en las historias clínicas en una institución del Callao y se concluyó que un 45% de las historias no cumplieron con los criterios de pulcritud y orden, ya que se encontró un registro bajo de hora de atención y la letra resultaba ilegible en un 32% de los casos en ítems importantes, además dado que la historia es un documento legal esto es inadmisibles (Zafra-Tanaka, Veramendi-Espinoza, Zapata-Sequeiros, Urbina-Yale1, Villa-Santiago, Yovera-Leyva1 & Ayala-Mendívill1, 2013).

2.3.2 Análisis interno (AMOFHIT) del Subsector Salud Ocupacional en el Perú

A continuación se realiza el análisis del subsector salud ocupacional del Perú, el cual se ha estructurado en áreas funcionales u operativas: (a) administración y gerencia, (b) marketing y ventas, (c) operaciones, logística e infraestructura, (d) finanzas y contabilidad, (e) recursos humanos, (f) sistemas de comunicación e información, (g) tecnología, investigación y desarrollo, y (h) calidad.

Administración y gerencia. En el Perú la oferta de servicios de salud está clasificada en tres sistemas:

- El sistema público, que se enfoca en la población de menores ingresos que no logra acceder al sistema privado. Es dirigido por el Ministerio de Salud (MINSA) que presta sus servicios a través de una red de hospitales, centros y puestos de salud en todo el ámbito nacional.
- El sistema del seguro social, administrado por EsSalud y dependiente del Ministerio de Trabajo, está orientado a brindar atención médica a los trabajadores afiliados, quienes mensualmente contribuyen con una cuota fija en función de su salario, mientras que sus empleadores también aportan. Para prestar estas atenciones de salud el sistema cuenta con hospitales y policlínicos en todo el país.
- El sistema privado, que emplea clínicas, policlínicos, y consultorios privados. También distribuidos en todo el Perú y necesitan de la autorización del Ministerio de Salud para funcionar. Se encuentra liderado por la Asociación de Clínicas Privadas del Perú.

Los centros de servicio de salud ocupacional pertenecen al sistema privado de salud, y la entidad encargada de supervisarlos es la Dirección de Salud Ocupacional (DSO), que es un órgano de línea de la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA), cuyas funciones son (DIGESA, 2014):

1. Proponer los fundamentos técnicos para la formulación de los lineamientos de Política Nacional en salud ocupacional.
2. Proponer los objetivos y las estrategias de salud ocupacional para la prevención de accidentes y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo.
3. Normar y difundir criterios técnicos sobre salud, higiene y seguridad en el trabajo en las diversas actividades económicas y vigilar su aplicación por los órganos competentes.
4. Establecer los requerimientos y la coordinación de actividades de la investigación aplicada en el ámbito de la salud ocupacional, dirigida a los agentes de riesgo y su impacto en la salud de los trabajadores con el Instituto Nacional de Salud.
5. Coordinar y supervisar la ejecución de estrategias de vigilancia y control de riesgos en el trabajo de las diversas actividades económicas.
6. Establecer y sistematizar la vigilancia de riesgos ocupacionales.
7. Brindar y coordinar asesoría técnica a nivel nacional, y regional en relación a la salud ocupacional

El marco legal que regula al subsector salud ocupacional se presenta en el Apéndice

A. Es a raíz de la promulgación del Reglamento de Ley N° 29783 que las empresas se ven obligadas a realizar valoraciones médicas tanto de incorporación laboral, como anuales y de retiro. Para lo cual debe tomarse en consideración las labores que va a desempeñar el trabajador y conocer así los factores de riesgo a los que estará expuesto. Esto garantizará a las empresas que el personal que seleccionen contará con las aptitudes físicas necesarias para el desempeño de su labor, disminuyendo así los riesgos inherentes a su oficio.

Posteriormente, se promulgó la Ley N°30222, Ley que Modifica la Ley 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. Se modificaron los artículos 13, 26, 28, 32, inciso d) del artículo 49, 76 y cuarta disposición complementaria modificatoria de la Ley 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. Con esto se modifica la forma como se integra el cuerpo de empleadores para representar a cada región ante el Estado, pero también se obtienen beneficios adicionales para los empleados relacionados con el derecho a ser transferidos a otros puestos si a consecuencia de un accidente de trabajo ya no están en capacidad de asumir su posición anterior. Estos beneficios se dieron inicialmente en la Ley N°29783, en el DS-005-2012 y en la RM-312-201-MINSA, para luego enfatizarlos en la Ley N°30222.

Marketing y ventas. No existen fuentes estadísticas o instituciones gubernamentales que hayan determinado el tamaño del mercado de los exámenes y servicios de salud ocupacional, ya que están dirigidos a todas las empresas tanto públicas como privadas. Una aproximación fue la realizada por Miranda, Ortíz y Cabalcanti (2013), quienes indicaron que el mercado se compone de 33,452 atenciones al año, pero exclusivamente para gerentes y ejecutivos. En base a sus estimaciones el mercado total es de aproximadamente un millón de atenciones anuales en todo el Perú. Estos servicios se brindan en distintos tipos de instituciones, desde casas que han sido acondicionadas hasta clínicas privadas que han destinado un área exclusiva para salud ocupacional.

La competencia en este sector se da en función de servicio para un pequeño nicho que representa entre 5 y 8% del mercado (Miranda, Ortíz & Cabalcanti, 2013) y que corresponde a los ejecutivos o gerentes; mientras que para el otro 92 a 95% lo principal es el precio, ya que deben hacer estos exámenes a un todos sus trabajadores. A continuación se describen las principales instituciones que realizan exámenes médicos ocupacionales, legalmente llamados Servicios de Salud Ocupacional (RM-312-2011/MINSA).

a) Omnia Médica: Es una empresa dedicada únicamente a las evaluaciones de salud ocupacional, siendo la única institución en el Perú que brinda este servicio de forma específica para un solo segmento (ejecutivos y gerentes) y sin mezclar con otro tipo de atenciones médicas. Su infraestructura corresponde a una casa, que ha sido acondicionada eficientemente para brindar servicio médico. Se encuentra ubicada en el distrito de San Borja y ha prestado este tipo de servicio por más de 10 años; con un importante incremento en el número de empresas clientes, así como en el de pacientes, a consecuencia del crecimiento económico del país, y por la legislación vigente en salud ocupacional.

Actualmente, Omnia Médica opera a capacidad máxima, y la única forma de atender diariamente a más pacientes sería ampliando sus instalaciones o abriendo una nueva sede, lo cual no se descarta. Diariamente atiende entre 14 y 16 ejecutivos, dedicando los lunes para atender a pacientes del género femenino, mientras que de martes a viernes es de asistencia exclusiva para caballeros. El costo mínimo de su evaluación es de S/.650, el cual puede incrementarse si se adicionan exámenes especiales que algunas empresas requieren, por lo que se estima un promedio de S/.1,000. Estos exámenes especiales se realizan en función de los factores de riesgos a los que puedan estar expuestos los trabajadores.

b) Salud Total: Operan en Lima desde hace 12 años, enfocados en los servicios de salud ocupacional, los cuales han ampliado para incluir un centro de vacunación y brindan atención inclusive los días sábados. Se han especializado en atender a gerentes y ejecutivos, cobrando tarifas que superan los S/. 1,500 por servicio, y la atención demora aproximadamente cuatro horas, respetando las citas y siendo muy puntuales.

Además de estas dos empresas que se han descrito, han surgido gran cantidad de competidores, entre los cuales se pueden mencionar: (a) Clínica del Trabajador en San Isidro, (b) Centro Médico Adela en San Miguel, (c) Red Médica en Ate Vitarte, (d) Clínica Estar bien en Santiago de Surco, (e) Consorcio Kinetika en San Borja, (f) Laboral Medical Services en Miraflores, (g) Gestión Óptima en Lince, (h) Salud Ocupacional San Gabriel en Arequipa, y (i) Policlínico de la Salud y Medicina Laboral, también en Arequipa, entre muchas otras empresas. Este listado muestra como estos centros de atención se han expandido en diversos distritos de Lima, así como también hacia provincias, ofreciendo en general una evaluación ocupacional complementaria con una batería de exámenes, en función de las distintas ocupaciones del trabajador, lo cual se asocia con el riesgo al cual estaría expuesto.

Operaciones, logística e infraestructura. A continuación se presentan los principales procesos que se ejecutan dentro de las empresas del subsector salud ocupacional: (a) prospección y venta en la Figura 3, (b) evaluación médica en la Figura 4, y (c) facturación y cobranza en la Figura 5. Como subsector no se han identificado procesos ya que posterior a la autorización de funcionamiento, otorgada por la Dirección de Salud Ocupacional, solamente corresponde renovar este permiso. Para mayo del 2014 la Dirección General de Salud tenía registrados a 135 centros de salud ocupacional, los cuales son acreditados por el período de un año calendario. De estas 135 instituciones, 103 se encuentran concentradas en Lima, lo que representa el 76%.

Para el subsector salud ocupacional, las operaciones se estructuran para brindar en un mismo sitio todos los exámenes requeridos, como son pruebas de laboratorio, radiografías y evaluaciones médicas, como mínimo. El objetivo de la logística consiste en integrar los procesos de negocios, desde el consumidor final hasta el proveedor más lejano, en torno a crear aquello que el paciente y el cliente espera o demanda. Los procesos que se desarrollan usualmente en las empresas del sector son:

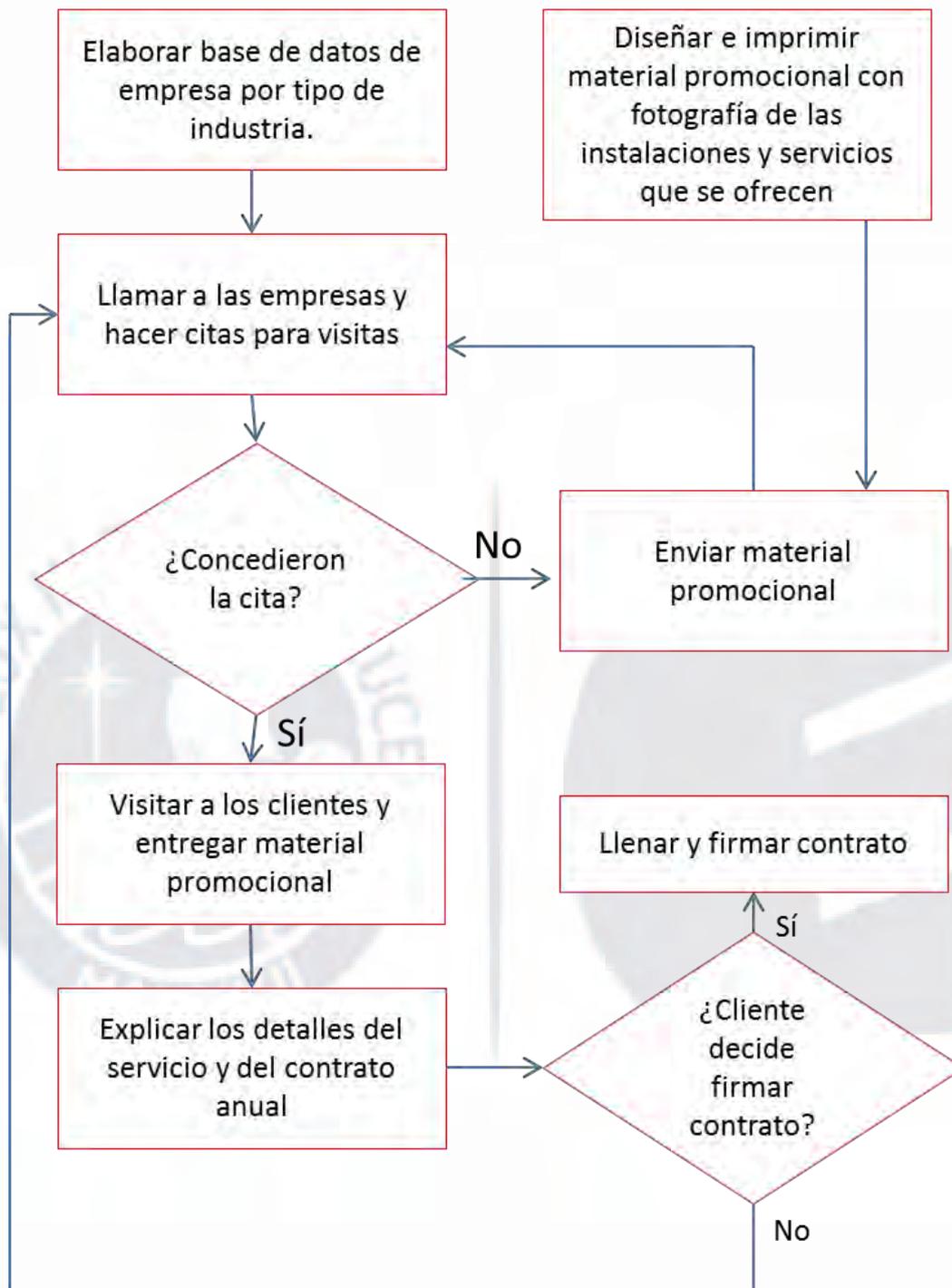


Figura 3. Proceso de prospección y venta. Adaptado de comunicación personal con Jaime Flores de MEDCORP, 2 de octubre de 2014.

- Prospección y ventas.
- Aprovisionamiento de equipos, accesorios, materiales de manipulación biológica y materiales de oficina, entre otros.
- Gestión de almacenamiento.

- Atención médica o logística de externalización, como laboratorio y evaluación, entre otros.
- Mantenimiento de equipos para exámenes ocupacionales así como de los sistemas de cómputo y manejo de información
- Facturación y cobranza.

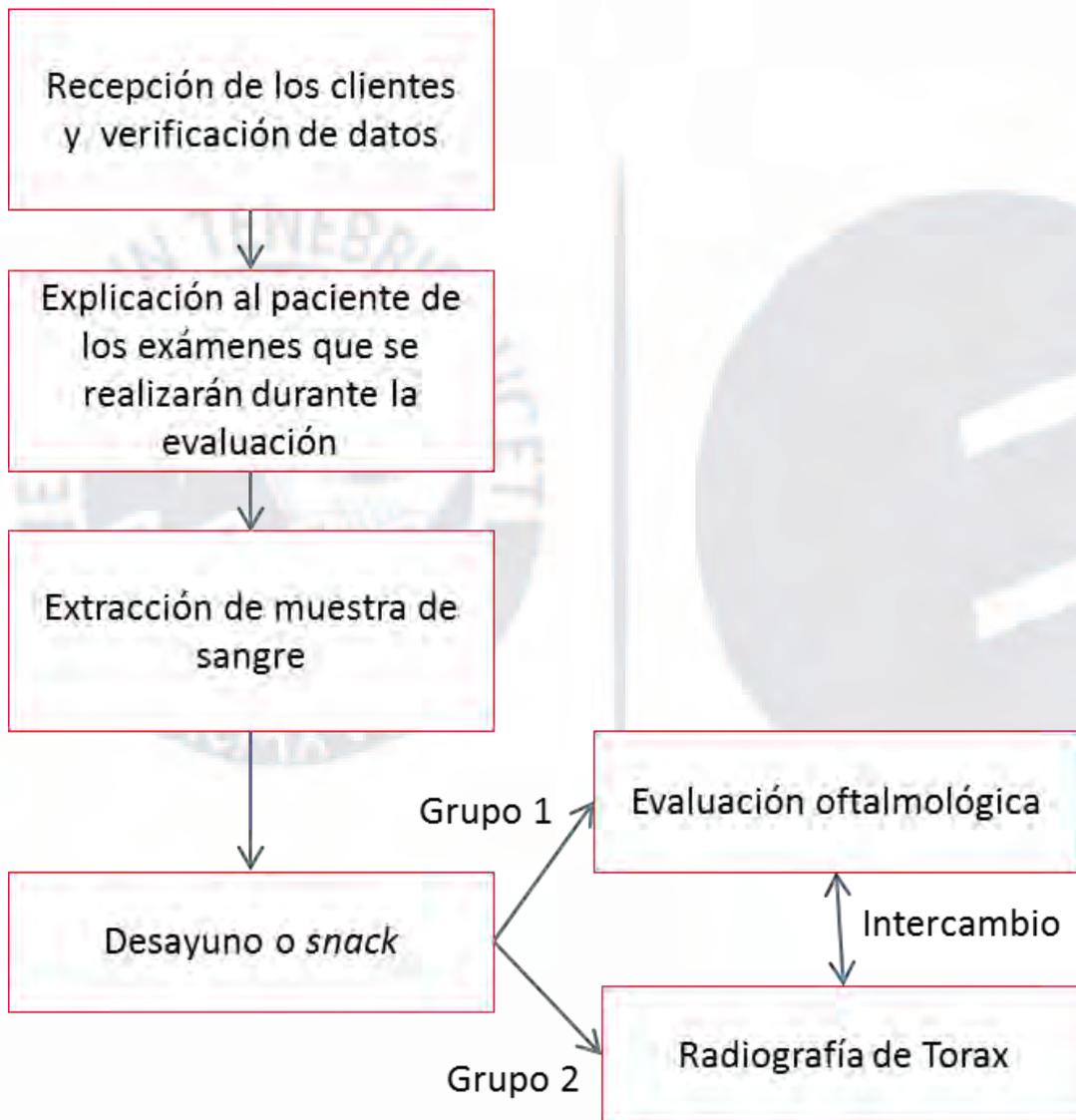


Figura 4. Proceso de evaluación médica completa. Adaptado de comunicación personal con Jaime Flores de MEDCORP, 2 de octubre de 2014.

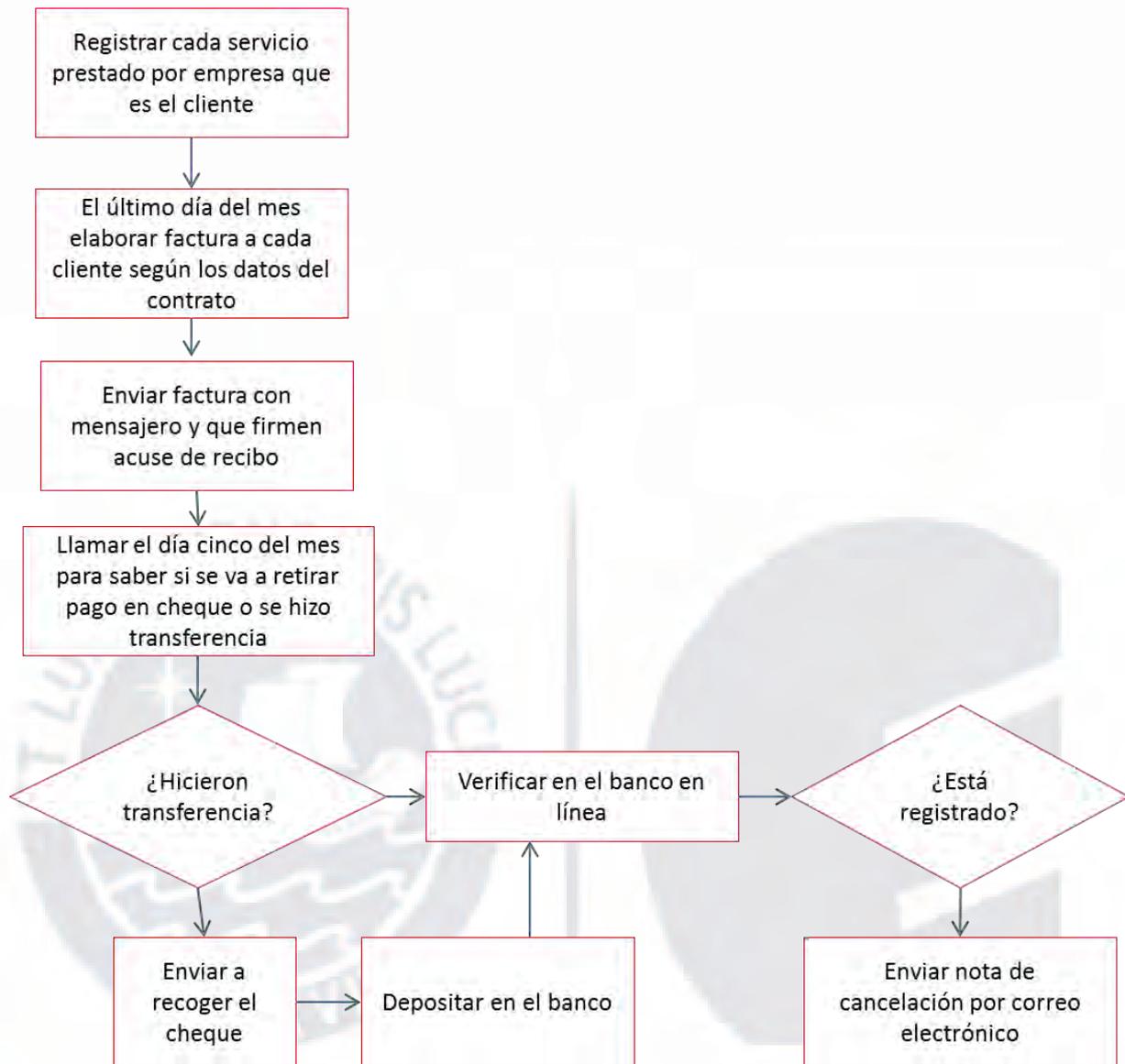


Figura 5. Proceso de facturación y cobranza. Adaptado de comunicación personal con Jaime Flores de MEDCORP, 2 de octubre de 2014.

Finanzas y contabilidad. Los costos de los exámenes ocupacionales los asumen las empresas que envían a sus empleados. El Ministerio del Trabajo y la Promoción del Empleo estableció claramente en el año 2013, al modificar el reglamento, que el costo de estos exámenes es de cargo absoluto del empleador, siendo enfáticos en que bajo ninguna circunstancia estos costos deben recaer sobre el trabajador, especialmente los que se refieren a los exámenes de salida, dado que existía la práctica de descontarlos en la liquidación

(Trabajadores podrán solicitar examen médico a empleadores al final de relación laboral, 2014).

Las evaluaciones medicas de salud ocupacional constituyen un gasto recurrente, porque no sólo se realizan previo al ingreso de nuevos empleados sino que también se tienen que hacer periódicamente, al retiro, luego de descansos médicos prolongados, por cambios de funciones o cada vez que el medico ocupacional de la empresa lo solicite (justificadamente). En la medida en que el PBI y el empleo continúen creciendo, se incrementará la cantidad de empleados y con ello la demanda por el servicio. A nivel general, el subsector factura anualmente entre 80 a 100 millones de dólares, con un crecimiento de 15 a 20 % al año (comunicación personal, Carlos Álvarez de SG NATCLAR S.A.C., 6 de octubre de 2014).

El costo de los exámenes de salud ocupacional varía por empresa, ya que está asociado con la cantidad de trabajadores que se tienen y a la cantidad de exámenes a efectuar por trabajador. Para un negocio de 10 trabajadores los costos aproximados son de S/. 31,000 al año, considerando la licencia con goce de haber para los miembros del consejo, el acceso permanente a un médico ocupacional, y la realización de exámenes médicos durante, antes y después del período laboral, entre otros. De ello se deduce que para una empresa que vende entre S/.500, 000 y S/.1'000, 000, dichas evaluaciones le representan entre el 3% y 6% de sus ingresos. En cambio, los costos para empresas de 50, 100, 200 y mil trabajadores los costos ascenderían a S/. 83,000, S/. 110,000, S/. 214,000 y S/. 740,000 al año, respectivamente (SNI: La nueva legislación en seguridad y salud le costará unos S/. 31 mil anuales a una MYPE, 2013).

Recursos humanos. Los recursos humanos en el subsector salud ocupacional se dividen en: (a) plana médica (médicos ocupacionales), (b) personal de enfermería y auxiliares, y (c) personal administrativo. El personal médico tiene que poseer las competencias y calificaciones profesionales con justas remuneraciones y beneficios de ley.

Las competencias del mismo se encuentra determinadas por el Ministerio de Salud a través de la RM-004-2014-MINSA, modificatoria de la RM-312-2011-MINSA Documento Técnico: Protocolos de exámenes Médicos Ocupacionales y Guías de Diagnóstico de los Exámenes Médicos Obligatorios por Actividad, donde se indica que deben tener las siguientes competencias mínimas:

- a) Médico cirujano colegiado y habilitado por el Colegio Médico del Perú, egresado de la Maestría en Salud Ocupacional o Maestría en Salud Ocupacional y Ambiental o Maestría en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente, con un mínimo de un (1) año de experiencia en medicina del trabajo o salud ocupacional.
- b) Médico cirujano colegiado y habilitado por el Colegio Médico del Perú con Diplomado en Salud Ocupacional de un mínimo de treinta y seis (36) créditos, expedido por una Escuela o Facultad de Medicina o de Ciencias de la Salud de una universidad pública o privada; con un mínimo de tres (3) años de experiencia en medicina del trabajo o salud ocupacional.

Un problema que existe y que repercutirá en la capacidad de las empresas de cumplir con la legislación, es la carencia de médicos ocupacionales que hay en el Perú. Para el año 2013 había aproximadamente 150 profesionales, para atender a más de 60,000 empresas. Bajo este panorama resulta prácticamente imposible cumplir con la legislación aprobada. Además de que Essalud no brinda estos servicios, y de acuerdo con algunos ejecutivos debería hacerlo, ya que se está pagando un seguro de manera mensual (SNI: La nueva legislación en seguridad y salud le costará unos S/. 31 mil anuales a una mype, 2013).

Una de las causas por la que se carecen de médicos en el Perú es la migración del recurso humano hacia países desarrollados. Esto se da como consecuencia de la globalización, donde el acceso a información ha promovido las transacciones sin barreras. En esta migración intervienen factores expulsivos (Sotomayor, 2007): (a) bajos sueldos, (b) nula

motivación, (c) condiciones de trabajo peligrosas y adversas. Los países y sus instituciones tienen que comprender qué se encuentran compitiendo entre ellos por los mejores profesionales, esto demanda que se analicen las causas y se den las medidas correctivas para no perderlos, en particular a los más jóvenes

Sistemas de información y comunicaciones. Cada uno de los centros de salud ocupacional tiene sistemas propios, adquiridos o diseñados a la medida, manejando su información de manera independiente. Además de que la información de los pacientes no puede ser compartida ni revelada sin la expresa autorización de ellos, lo que se conoce como el secreto o confidencialidad del acto médico (Observatorio de Derechos Humanos, 2013). Los principales procesos que las clínicas han automatizado son aquellos de atención médica ambulatoria, relacionados con áreas administrativas y de atención, tales como:

- Expediente o historia clínica electrónica, que si bien es lo que requiere la legislación, aun no se pone en práctica y en su lugar se cuenta con las historias clínicas digitalizadas.
- Administración de agendas por cliente.
- Gestión de solicitudes internas.
- Colaboración entre los médicos para la atención del paciente.
- Gestión de acuerdos con los clientes, que pueden ser empresas públicas o privadas.

Tecnología e investigación y desarrollo. El estudio realizado por Caballero y Bayona (2011) mostró que en el Perú entre los años 2005 y 2009 se realizaron 658 estudios clínicos, incrementándose 54% con respecto al quinquenio anterior, cuando se hicieron 428 estudios. Destacan también que en el país la historia de los estudios clínicos se inició en los años 70 y para el 2010 se tenían 473 centros de investigación registrados en el Instituto Nacional de

Salud. Sin embargo, ninguna de estas instituciones está especializada en medicina ocupacional, rama en la que no se han encontrado investigaciones específicas.

La tecnología que utilizan los centros de salud ocupacional en el Perú es básicamente de rayos X y laboratorio, ya que los protocolos no demandan equipos sofisticados. Para algunos perfiles también se tiene otros equipos como EKG y autokeratómetro, entre otros. Sin embargo, la inversión en tecnología, básicamente en los centros de Lima, es vista como una herramienta de mejora continua para competir, brindando un sistema de consulta y un servicio más rápido.

En general, el sector salud privada se ha expandido en los últimos años. Para ello se ha incrementado la inversión y se ha dirigido a dos aspectos: (a) infraestructura y (b) tecnología. Esto ha permitido que las clínicas del país adquieran tecnología de punta, ofreciendo nuevos y mejores servicios a sus pacientes. Donde las instituciones han preferido enfocar su servicio con mayor énfasis en la atención al paciente y sus necesidades de salud, para lo cual se requieren equipos importados, más exactos (De Marzo, 2013).

2.4 Resumen

El Subsector Salud Ocupacional es de reciente formación, como respuesta a la Ley N°29783, promulgada en el año 2012. Se encuentra integrado por gran cantidad de empresas, en su mayoría pequeñas o medianas, que vieron una oportunidad en el mercado, las cuales no cuentan con una asociación o gremio que represente sus intereses. En general se habla de que ofrecen dos tipos de servicios: (a) exámenes básicos, y (b) batería de exámenes especiales; donde la elección de las pruebas a realizar las realiza el empleador en función de los factores de riesgos a los que se encuentre expuesto cada trabajador.

Es un Subsector en crecimiento, limitado por la cantidad de no adecuada de profesionales especializados, a pesar de que la ley exige a todas las empresas realizar a sus trabajadores las evaluaciones de salud ocupacional de manera recurrente. Los exámenes

deben realizarse al ingreso y a la salida del colaborador, pero también anualmente durante su permanencia en la empresa. El principal problema que se observa es que la legislación lleva a las pequeñas empresas del Perú a incurrir en costos adicionales, lo cual podría poner en riesgo su existencia futura.

2.5 Conclusiones

Este subsector posee barreras de entrada muy bajas, por lo que se espera que en el futuro continúe su crecimiento. Las condiciones requeridas para integrar una empresa de este tipo son de una infraestructura muy básica, usualmente una casa que adaptan, y de tecnología simple, disponible en el mercado local. A consecuencia de ello, ha surgido el problema que las empresas que se han constituido e integran el Subsector Salud Ocupacional son muy diversas y por lo tanto la calidad que ofrecen a sus consumidores, se presume que no es uniforme, lo cual se confirmará o no a partir de los resultados de la presente investigación.

Capítulo III: Metodología

3.1 Diseño de la Investigación

El diseño de esta investigación es transeccional, lo cual de acuerdo con Méndez (2001) es apropiado para conocer la incidencia que tiene una variable independiente sobre una variable dependiente. Mediante la medición de un grupo de empresas pertenecientes al sector salud, y específicamente al subsector salud ocupacional, se conocerá qué efecto tiene en el nivel de la calidad el contar o no con una Sistema de Gestión de Calidad (SGS).

Además se ha definido el alcance como descriptivo y explicativo porque se busca describir plenamente o caracterizar la calidad en las empresas de este subsector, además de explicar si existe o no una relación entre el adoptar un Sistema de Gestión de Calidad y los niveles de los nueve factores del TQM. Como señalaron Hernández, Fernández y Baptista (2010) ningún tipo de investigación es mejor que otro, sino que son útiles para distintos propósitos, llegando incluso a ser complementarios, como en este caso.

El enfoque que se utilizará es el cuantitativo, lo cual permite analizar los datos recopilados de forma numérica. Con esto se podrá hacer un diagnóstico objetivo de la calidad en las empresas seleccionadas, proveedoras de servicios de salud ocupacional en el Perú, logrando realizar pruebas de hipótesis y encontrar si hay o no correlación entre las variables del estudio.

3.2 Población y Selección de Muestra

La población del estudio está compuesta por los 135 Centros de Salud Ocupacional que estaban registrados en la Dirección General de Salud en mayo del 2014, los cuales están detallados en la lista que se presenta en el Apéndice D. De esta población, el 76% de las empresas se encuentran ubicadas en la provincia de Lima. Utilizando la fórmula que se presenta a continuación se ha calculado la muestra del estudio con un grado de error al 5%,

indicando que se tienen que encuestar a 100 empresas del Subsector Salud Ocupacional, cuya lista se presenta en el Apéndice E.

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

N = 135 (población total del estudio)

Z = 1.96 (valor para poblaciones con distribución normal)

P = 0.5 (probabilidad que tiene cualquier elemento de ser incluido dentro de la muestra)

Q = 0.5 (probabilidad que tiene cualquier elemento de no ser incluido en la muestra)

E = 0.05 (error del 5%)

3.3 Procedimiento de Recolección de Datos

El primer paso fue buscar en Internet los datos de cada uno de los 135 centros de salud ocupacional que se encuentran en la lista de la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA), Utilizando principalmente el sitio web de la Sunat se recopilaron datos como teléfono, dirección y nombre del Apoderado o Gerente General. Con esta información se procedió a filtrar el listado, quedándose solamente con las empresas de las cuales se tenía el teléfono. Posteriormente se procedió a efectuar las llamadas telefónicas.

En cada llamada se pedía hablar con el Gerente de Operaciones o con el Gerente General; en caso de ausencia o indisponibilidad, se acudía por el responsable en ese momento que podían ser Jefes de división o Jefes de Área. Se explicaba claramente que la investigación forma parte de una tesis para optar al título de Magíster en Administración Estratégica de Empresas, siendo estudiantes de Centrum Católica. Luego se indicaba que se guardaría confidencialidad sobre los datos, que serían tratados como un todo y no se revelaría el nombre de la persona o de la empresa que los habían suministrados. A partir de la conversación telefónica se hacía una cita para visitar a la persona y realizar la entrevista guiados por el cuestionario que se detalla más adelante. En caso de que la persona no pudiese

conceder la cita presencial entonces se procedía a realizar la encuesta por teléfono, anotando las respuestas sobre el cuestionario. Otra opción que se utilizó fue el envío del cuestionario por correo electrónico y se dio seguimiento a la obtención de respuesta. El objetivo de ofrecer múltiples formas de llenar la encuesta, fue la de completar la totalidad de la muestra. Se utilizó un cuestionario impreso para cada empresa encuestada y se fueron enumerando hasta llegar a 100, cuidando que solo se incluyesen los que estaban completos, y desechando aquellos que no se habían logrado completar.

3.4 Instrumento

El instrumento que se está utilizando se llama TQM (Benzaquen, 2013), que es una encuesta en la que se relacionan los nueve factores en relación a los cuatro principales bloques de una organización. En el Apéndice F se observa que la encuesta tiene dos secciones:

- Para describir a las empresas: Son nueve preguntas que permitirán conocer si la empresa se encuentra en Lima o en provincias, la cantidad de empleados que tienen, el número de años en que ha estado activa, y otros aspectos entre los que destaca el saber si tiene o no un Sistema de Gestión de Calidad. De estas preguntas ocho son cerradas y solamente la que se refiere al tipo de sistema de gestión integral que poseen las empresas es abierta.
- Preguntas de Calidad: Son 35 preguntas relacionadas directamente con la forma en que se implementa la calidad total en las empresas, y cubren aspectos como el conocimiento de las necesidades y requerimientos de los clientes, la capacitación del personal, el uso de herramientas para recopilar datos de los procesos y la implementación de los círculos de calidad, entre otros.

Las 35 preguntas de la calidad, son realmente enunciados a los que el entrevistado responderá utilizando la escala de Likert, con cinco opciones disponibles. Las cuales van

desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Se llegó a este listado de enunciados luego de una exhaustiva revisión de literatura realizada por Benzaquen (2013), para luego validar el listado con un focus group de empresarios especializados en calidad. En la Tabla 4 se presenta la forma en que estos 35 enunciados son agrupados dentro de los nueve factores de la calidad, indicando la manera en la cual serán analizados los resultados en el próximo capítulo.

3.5 Análisis e Interpretación de Datos

Luego de recopilar los datos, los mismos serán tabulados y posteriormente analizados con el SPSS versión 22. Luego se realizarán las siguientes pruebas:

1. Análisis de frecuencia para cada pregunta, lo que permitirá evaluar de una manera simple si existe o no consenso alrededor de alguna respuesta en particular.
2. Test de Kolmogorov-Smirnov que es una prueba de normalidad. De acuerdo con García-Bellido, González y Jornet (2010) normalidad se refiere al hecho de que los datos recopilados tengan una distribución ajustada a la forma de una campana de Gauss.
3. Test de Levene, el cual constituye una prueba de homogeneidad de varianza entre dos muestras. Este test compara la dispersión que tienen los datos de cada muestra con respecto a su media e indica si la distribución entre los dos grupos es o no similar.
4. En caso de que se cumpla con los criterios de normalidad y de homogeneidad de varianzas entonces se procederá a realizar las pruebas t de muestras relacionadas, lo que es necesario para probar las hipótesis y determinar si son o no ciertas.
5. En caso de que no se cumpla con alguno de los dos criterios, normalidad y homogeneidad, no se puede aplicar la prueba t y en su lugar se hará la prueba de U-Mann Whitney para determinar la significancia de la mejora de la calificación de cada variable y de cada factor.

Tabla 4

Agrupación de Enunciados del Cuestionario para los Factores de la Calidad TQM

Factor X1: Alta gerencia	
6	La alta gerencia alienta firmemente la participación de los empleados en la Gestión de la Calidad.
8	La alta gerencia proporciona los recursos apropiados para elevar el nivel de la calidad.
14	La alta gerencia busca el éxito de la empresa a largo plazo.
21	La alta gerencia participa activamente en la Gestión de la Calidad en la empresa.
29	La alta gerencia se reúne de manera regular para discutir temas relacionados con la Gestión de la Calidad.
Factor X2: Planeamiento de la calidad	
5	La empresa tiene metas específicas y detalladas en cuanto a la calidad.
27	La empresa presta atención al cumplimiento y éxito de sus políticas y planes relacionados con la calidad.
33	La empresa involucra a sus empleados para hacer las políticas y planes de calidad.
Factor X3: Auditoría y evaluación de la calidad	
3	El "benchmarking" se utiliza ampliamente en la empresa.
22	La empresa obtiene datos objetivos para la toma de decisiones
23	La empresa evalúa regularmente sus políticas y planes de la calidad.
Factor X4: Diseño del producto	
31	La empresa invierte en el diseño del producto.
32	Los requerimientos de los clientes son plenamente considerados en el diseño del producto
35	La empresa tiene un método para desarrollar el diseño del producto
Factor X5: Gestión de la calidad del proveedor	
7	La empresa posee información detallada acerca del desempeño de los proveedores en cuanto a calidad.
13	La empresa ha establecido relaciones de cooperación a largo plazo con sus proveedores.
15	La calidad de los productos que los proveedores suministran a la empresa es adecuada.
34	La empresa realiza auditorías o evaluaciones de sus proveedores.
Factor X6: Control y mejoramiento de proceso	
1	La empresa implementa el control de calidad con eficacia.
12	Las instalaciones y la disposición física del equipo operativo en la empresa funcionan apropiadamente.
16	El proceso operativo en la empresa satisface los requerimientos de plazo de entrega de los clientes
20	Los equipos operativos de la empresa reciben buen mantenimiento.
28	La empresa utiliza las siete herramientas de Control de la Calidad para el control y mejoramiento del proceso (Diagrama de Flujo. Diagrama de Ishikawa o Causa - Efecto. Lista de Verificación. Diagrama de Pareto. Histograma. Gráficos de Control. Diagrama de Relaciones).
Factor X7: Educación y entrenamiento	
4	La mayoría de los empleados de la empresa son capaces de utilizar las herramientas para la gestión de la calidad.
11	Los empleados de la empresa se encuentran activamente involucrados en las actividades relacionadas con la calidad.
18	La mayoría de empleados de la empresa reciben educación y entrenamiento en cuanto a calidad.
30	La conciencia de los trabajadores de la empresa hacia la calidad es fuerte.
Factor X8: Círculos de calidad	
2	La empresa está capacitada para realizar círculos de calidad
17	La empresa ha obtenido ahorros por los círculos de calidad.
25	Se utilizan las herramientas adecuadas para realizar los círculos de calidad en la empresa
26	La mayoría de los empleados de la empresa realiza actividades de círculos de calidad.
Factor X9: Enfoque hacia la satisfacción de los clientes	
9	La empresa lleva a cabo una encuesta de satisfacción del cliente todos los años.
10	El personal de todos los niveles de la empresa presta atención a la información sobre las quejas de los clientes.
19	La empresa cuenta con medios para obtener información sobre los clientes.
24	La empresa realiza una evaluación general de los requerimientos de los clientes.

3.6 Validez y Confiabilidad

La validez mide que las conclusiones alcanzadas con la investigación se aproximen a la realidad o a la verdad, en cuyo caso se dice que sí son válidas. Para lograr esto se necesita tener un instrumento, un procedimiento, un muestreo, y un diseño, que sean apropiados a los objetivos del estudio. En el caso de la presente investigación se considera que los resultados tienen validez, ya que el instrumento ha sido probado con éxito en otras investigaciones (Benzaquen, 2013; 2014). Además la muestra se considera válida porque el número de elementos se calculó en base a una fórmula para distribuciones normales con un error del 5% y luego los elementos se seleccionaron de forma aleatoria.

La confiabilidad, en cambio, se refiere a la confiabilidad de consistencia interna, la cual se mide con el Alfa de Cronbach. Se dice que un estudio es confiable cuando el instrumento aplicado de forma repetida, bajo las mismas condiciones, arroja resultados iguales. Se dice que existe confiabilidad cuando los valores obtenidos a través del Alfa de Cronbach sobrepasan 0.6 y en la medida en que se acerquen a 1.0 habrá crecido la confiabilidad.

3.7 Resumen

Con el uso del cuestionario TQM, los investigadores recopilarán datos de una muestra de 100 centros de salud ocupacional, los cuales serán analizados utilizando el SPSS versión 22, para generar análisis simples de frecuencia que serán complementados con pruebas estadísticas como la de Levene, t-Student y U-Mann Whitney para conocer si las hipótesis planteadas se aceptan o no. Todo esto dentro del contexto de una investigación que es descriptiva y explicativa, caracterizando el fenómeno de la calidad en las empresas del Subsector Salud Ocupacional, pero explicando también la relación existente entre el contar o no con un Sistema de Gestión de Calidad.

Capítulo IV: Presentación y Análisis de Resultados

A partir de la información obtenida, se presentará en este capítulo, el análisis de los datos que incluyen dos partes; una primera relacionada con el análisis descriptivo de las variables y dimensiones de los factores, que permitirá comparar descriptivamente los resultados; y una segunda parte en la que se desarrollará los métodos estadísticos para recodificar la escala de los resultados, a fin de explotar los datos, que permita efectuar inferencias y deducciones tomando como soporte la información recopilada.

4.1 Test de Validez

El concepto de validez hace referencia a la capacidad de un instrumento de medición, para cuantificar de manera adecuada el rasgo para cuya medición ha sido diseñado. Por lo tanto, un instrumento (cuestionario) es válido en la medida que las evidencias empíricas aporten legitimidad en la interpretación de las puntuaciones vertidas en dicho documento. En el caso de la presente investigación se considera que los resultados tienen validez ya que el instrumento ha sido probado con éxito en otras investigaciones (Benzaquen. 2013; 2014). Además la muestra se considera válida porque el número de elementos se calculó en base a una fórmula mencionada anteriormente con un error del 5%, y los elementos se seleccionaron de forma aleatoria.

La confiabilidad es el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes, la cual se mide en el Alfa de Cronbach, que no deja de ser una media ponderada de las correlaciones entre las variables (o ítems) que forman parte de la escala de valoración del instrumento. Hay confiabilidad cuando los valores obtenidos a través del Alfa de Cronbach sobrepasan 0.6 y en la medida que se acerquen a 1.0 habrá crecido la confiabilidad. En la investigación, según Tabla 5 se ha encontrado un Alfa de Cronbach general de 0.963 convalidando la confiabilidad a la escala aplicada en el instrumento. Al analizar este estadístico para cada uno de los factores de la calidad se tiene que el valor mínimo es 0.655

en lo que se refiere a Auditoría y Evaluación de Calidad, como se observa en la Tabla 6, pero que al ser mayor a 0.6 se considera que sí hay confiabilidad en los resultados de la investigación.

Tabla 5

Resultado de Alfa de Cronbach

Alfa de Cronbach	N° de elementos
0.963	35

Tabla 6

Resultado de Alfa de Cronbach por Cada Factor

Factor	Alfa de Cronbach	N° de elementos
Alta Gerencia	0.866	5
Planeamiento de Calidad	0.700	3
Auditoria y Evolución de Calidad	0.655	3
Diseño del Producto	0.826	3
Gestión de Calidad y Proveedor	7.440	4
Control y mejoramiento del proceso	0.755	5
Educación y Entrenamiento	0.785	4
Círculos de Calidad	0.848	4
Enfoque hacia la satisfacción del cliente	0.768	4

4.2 Perfil de los Informantes

Como se muestra en la Tabla 7 hay 36 empresas que afirman contar con un Sistema de Gestión de Calidad, el cual representa el 36% de las empresas. El sistema empleado varía de un centro a otro, algunos centros de salud ocupacional utilizan aplicaciones como el Shaman, Sql, Excel o algún sistema manual para llevar sus procesos y también medir su calidad vía indicadores y controles de calidad, que indican les ha dado resultados positivos hasta la fecha.

Tabla 7

Resumen de Empresas que cuentan con un Sistema de Gestión de Calidad

SGC	<i>f</i>	%
Sí	36	36
No	64	64
Total	100	100

Según los datos de la Tabla 8, el 87% de las empresas son de Lima, el 97% son privadas, mientras que del total el 80% son micro y pequeñas empresas. Además del total de los encuestados el 72% está conformado por administradores, jefe y encargados de áreas entre otros. El 82% representan a las empresas con menos de 15 años de fundación.

Tabla 8

Descripción de la Muestra Total en Empresas

Cuestionario	Ubicación	<i>f</i>	%
(A) Su empresa o institución está ubicada en:	Lima	87	87
	Provincia	13	13
	Total	100	100
(B) Su empresa es:	Pública	2	2
	Privada	97	97
	Otras	1	1
	Total	100	100
(C) Cuantos trabajadores tiene:	1 a 10	23	23
	11 a 50	57	57
	51 a 200	13	13
	201 a mas	7	7
	Total	100	100
(D) Su cargo es:	Presidente del Directorio o Gerente general	9	9
	Gerente de Área o Jefe de Departamento	19	19
	Otro	72	72
	Total	100	100
(E) ¿En qué tipo de empresa trabaja?	Bienestar	85	85
	Otra	15	15
	Total	100	100
(F) ¿Cuantos años de fundada tiene su empresa?	0 a 5	39	39
	6 a 10	29	29
	11 a 15	14	14
	16 a 20	9	9
	Más de 20	9	9
	Total	100	100

En la Tabla 9 se muestran los datos de frecuencia para los Centros de Salud según su ubicación geográfica, donde se observa que entre los ubicados en Lima un 25% de los 87 centros encuestados sí tiene SGC. Mientras que a nivel de provincia, ocho de los 13 centros

incluidos ha implementado un SGC, lo cual representa el 62%. Con el análisis de los datos que se presentan en la Tabla 10.

Tabla 9

Implementación de Sistema de Gestión de Calidad (SGC) por Ubicación Geográfica

	<i>F</i>		<i>%</i>	
	Con SGC	Sin SGC	Con SGC	Sin SGC
Lima	28	59	25	62
Provincia	8	5	8	5
Total	36	64	33	67

Tabla 10

Implementación de Sistema de Gestión de Calidad (SGC) por Tipo de Empresa

	<i>F</i>		<i>%</i>	
	Con SGC	Sin SGC	Con SGC	Sin SGC
Pública	0	2	0	2
Privada	36	61	36	61
Otras	0	1	0	1
Total	36	64	36	64

En la Tabla 11 se describe el número de trabajadores que laboran en las empresas encuestadas, haciendo una distinción entre aquellas que sí tienen un SGC y las que no. Se observa que las empresas que cuentan con un SGC suelen tener más empleados (201 a más) versus aquellas que no han implantado estos sistemas. En cuanto a los años de fundada, como se aprecia en la Tabla 12 la antigüedad en las empresas con SGC es mayor que entre las empresas que no tienen.

Tabla 11

Implementación de Sistema de Gestión de Calidad (SGC) por Cantidad de Trabajadores

	<i>F</i>		<i>%</i>	
	Con SGC	Sin SGC	Con SGC	Sin SGC
1 a 10	3	20	3	20
11 a 50	21	36	21	36
51 a 200	7	6	7	6
201 a mas	5	2	5	2
Total	36	64	36	64

Tabla 12

Antigüedad de las Empresas con y sin Sistema de Gestión de Calidad (SGC)

	<i>F</i>		<i>%</i>	
	Con SGC	Sin SGC	Con SGC	Sin SGC
0 a 5	6	33	6	33
6 a 10	13	16	13	16
11 a 15	7	7	7	7
16 a 20	6	3	6	3
Más de 20	4	5	4	5
Total	36	64	36	64

4.3 Análisis de Frecuencia

Para determinar una metodología de interpretación de los datos se ha utilizado una herramienta del SPSS versión 22, denominada recodificación que permite valorar en este caso en tres niveles (alto, medio y bajo) el nivel de cumplimiento de todos los factores estudiados. La valoración de este procedimiento se tabula en base a un rango con tres niveles de clasificación en base a los promedios de los puntajes de cada pregunta correspondiente a cada factor, según escala de Likert, los cuales se fundamentan en las respuestas obtenidas a la encuesta y que se presentan en el Apéndice G:

- Cumplimiento bajo: De 1.0 a 2.0 (del promedio).
- Cumplimiento medio: De 2.01 al 3.99 (del promedio).
- Cumplimiento alto: De 4 a 5 (del promedio).

De acuerdo con los datos que se presentan en la Tabla 13 y que posteriormente se resumen en la Figura 6, lo que resulta destacable al momento de describir los factores es lo siguientes:

- Factor Alta Gerencia: 75 empresas alcanzan un nivel de cumplimiento alto (75%).
- Factor planeamiento de calidad: El 85% de las empresas sólo alcanza un nivel medio de cumplimiento.

- Factor Auditoria y Evolución de Calidad: 58 empresas alcanzan un nivel alto de cumplimiento.

Tabla 13

Descripción de los Factores

Factor	Nivel de cumplimiento	<i>f</i>	%
Alta Gerencia	Bajo	1	1%
	Medio	24	24%
	Alto	75	75%
	Total	100	100%
Planeamiento de Calidad	Bajo	15	15%
	Medio	85	85%
	Alto	0	0%
	Total	100	100%
Auditoria y Evolución de Calidad	Bajo	0	0%
	Medio	42	42%
	Alto	58	58%
	Total	100	100%
Diseño del Producto	Bajo	1	1%
	Medio	31	31%
	Alto	68	68%
	Total	100	100%
Gestión de la Calidad del Proveedor	Bajo	1	1%
	Medio	37	37%
	Alto	62	62%
	Total	100	100%
Control y Mejoramiento del Proceso	Alto	0	0%
	Medio	50	50%
	Alto	50	50%
	Total	100	100%
Educación y Entrenamiento	Bajo	0	0%
	Medio	42	42%
	Alto	58	58%
	Total	100	100%
Círculos de Calidad	Bajo	2	2%
	Medio	57	57%
	Alto	41	41%
	Total	100	100%
Enfoque hacia la Satisfacción del Cliente	Bajo	0	0%
	Medio	45	45%
	Alto	55	55%
	Total	100	100%

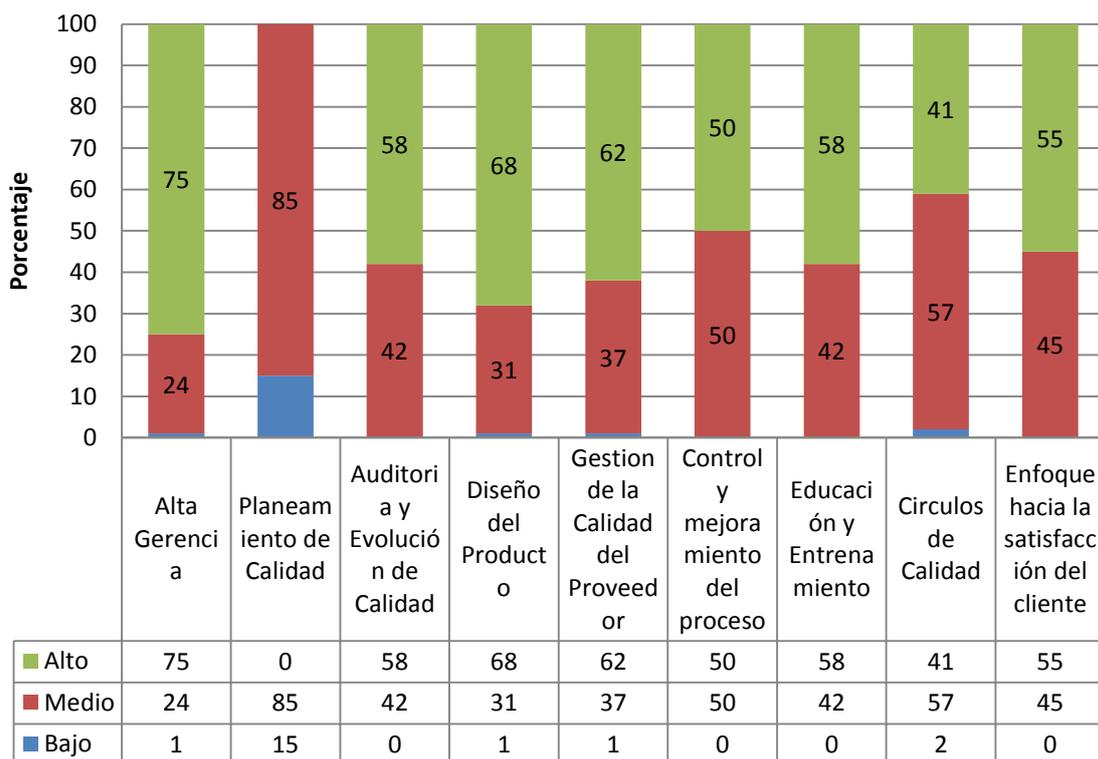


Figura 6. Nivel de cumplimiento de los nueve factores de calidad.

- Factor Diseño del Producto: Se observa que 68 empresas alcanzaron un nivel alto de cumplimiento.
- Factor Gestión de la Calidad del Proveedor: El 62% de las empresas alcanzó un nivel alto de cumplimiento.
- Factor Control y mejoramiento del proceso: Las empresas están divididas en 50 en nivel medio de cumplimiento y 50 en nivel alto de cumplimiento.
- Factor Educación y Entrenamiento: 58 empresas alcanzaron un nivel alto de cumplimiento.
- Factor de Círculos de calidad: El 57% de las empresas se les considera que alcanzaron un nivel medio de cumplimiento.
- Factor Enfoque hacia la satisfacción del cliente: 55 de las empresas consideran que tienen un nivel alto de cumplimiento.

Al revisar el puntaje promedio obtenido en cada enunciado y en cada factor, que se presentan en la Tabla 14. Estos resultados para los factores se han graficado en la Figura 7 y se visualiza como el mayor puntaje está en Alta Gerencia y el menor en Círculos de Calidad. Al revisar por separado las empresas que cuentan con Sistema de Gestión de Calidad y aquellas que no se observa que este patrón se repite en los dos grupos, visualizándose diferencias entre estos dos grupos, que se probará más adelante si son o no significativas.

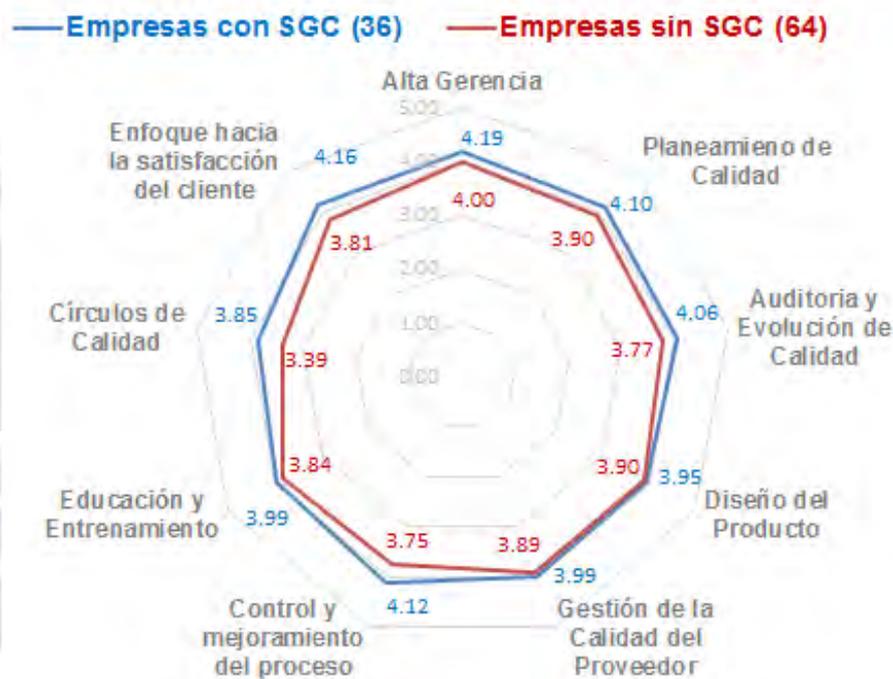


Figura 7. Puntaje medio de empresas con y sin SGC.

4.4 Prueba de Hipótesis

Lo primero que se realizó fue la prueba Kolmogorov-Smirnov, para conocer si la distribución de la muestra es o no normal, y se consideró que era necesaria porque la muestra pasaba de los 30 datos. Con estos resultados se llegó a conocer si la siguiente prueba a usar sería una prueba paramétrica, en función de la media, o no paramétrica, es decir en base a la mediana. Se había tomado la decisión de que en caso de que la prueba a utilizar tuviese que

Tabla 14

Media por Enunciado y Factor, con y sin SGC

	Empresas encuestadas (100)	Empresas con SGC (36)	Empresas sin SGC (64)
Alta Gerencia	4.07	4.19	4.00
6. La alta gerencia alienta firmemente la participación de los empleados en la Gestión de la Calidad	4.05	4.22	3.95
8. La alta gerencia proporciona los recursos apropiados para elevar el nivel de la calidad	4.00	3.97	4.02
14. La alta gerencia busca el éxito de la empresa a largo plazo	4.21	4.36	4.13
21. La alta gerencia participa activamente en la Gestión de la Calidad en la empresa	4.14	4.36	4.02
29. La alta gerencia se reúne de manera regular para discutir temas relacionados con la Gestión de la Calidad	3.93	4.03	3.88
Planeamiento de Calidad	3.97	4.10	3.90
5. La empresa tiene metas específicas y detalladas en cuanto a la calidad	4.10	4.31	3.98
27. La empresa presta atención al cumplimiento y éxito de sus políticas y planes relacionados con la calidad	4.01	4.25	3.88
33. La empresa involucra a sus empleados para hacer las políticas y planes de calidad	3.81	3.75	3.84
Auditoría y Evolución de Calidad	3.87	4.06	3.77
3. El "benchmarking" se utiliza ampliamente en la empresa	3.70	3.92	3.58
22. La empresa obtiene datos objetivos para la toma de decisiones	4.03	4.17	3.95
23. La empresa evalúa regularmente sus políticas y planes de la calidad	3.89	4.08	3.78
Diseño del Producto	3.92	3.95	3.90
31. La empresa invierte en el diseño del producto	3.90	3.94	3.88
32. Los requerimientos de los clientes son plenamente considerados en el diseño del producto	3.92	3.97	3.89
35. La empresa tiene un método para desarrollar el diseño del producto	3.93	3.94	3.92
Gestión de la Calidad del Proveedor	3.93	3.99	3.89
7. La empresa posee información detallada acerca del desempeño de los proveedores en cuanto a calidad	3.89	4.00	3.83
13. La empresa ha establecido relaciones de cooperación a largo plazo con sus proveedores	3.91	4.00	3.86
15. La calidad de los productos que los proveedores suministran a la empresa es adecuada	4.12	4.19	4.08
34. La empresa realiza auditorías o evaluaciones de sus proveedores	3.80	3.78	3.81
Control y mejoramiento del proceso	3.88	4.12	3.75
1. La empresa implementa el control de calidad con eficacia	3.93	4.19	3.78
12. Las instalaciones y la disposición física del equipo operativo en la empresa funcionan apropiadamente	4.09	4.25	4.00
16. El proceso operativo en la empresa satisface los requerimientos de plazo de entrega de los clientes	3.97	4.08	3.91
20. Los equipos operativos de la empresa reciben buen mantenimiento	4.14	4.31	4.05
28. La empresa utiliza las siete herramientas de Control de la Calidad para el control y mejoramiento del proceso	3.28	3.78	3.00
Educación y Entrenamiento	3.90	3.99	3.84
4. La mayoría de los empleados de la empresa son capaces de utilizar las herramientas para la	3.78	3.89	3.72
11. Los empleados de la empresa se encuentran activamente involucrados en las actividades	4.03	4.11	3.98
18. La mayoría de empleados de la empresa reciben educación y entrenamiento en cuanto a calidad	3.89	3.97	3.84
30. La conciencia de los trabajadores de la empresa hacia la calidad es fuerte	3.88	3.97	3.83
Círculos de Calidad	3.56	3.85	3.39
2. La empresa está capacitada para realizar círculos de calidad	3.71	3.97	3.56
17. La empresa ha obtenido ahorros por los círculos de calidad	3.67	3.86	3.56
25. Se utilizan las herramientas adecuadas para realizar los círculos de calidad en la empresa	3.48	3.78	3.31
26. La mayoría de los empleados de la empresa realiza actividades de círculos de calidad	3.37	3.78	3.14
Enfoque hacia la satisfacción del cliente	3.94	4.16	3.81
9. La empresa lleva a cabo una encuesta de satisfacción del cliente todos los años	3.92	4.28	3.72
10. El personal de todos los niveles de la empresa presta atención a la información sobre las quejas de los clientes	3.96	4.11	3.88
19. La empresa cuenta con medios para obtener información sobre los clientes	3.92	4.06	3.84
24. La empresa realiza una evaluación general de los requerimientos de los clientes	3.94	4.19	3.80

ser paramétrica entonces se aplicaría la t de student para muestras independientes, pero si la prueba era no paramétrica, entonces se haría uso del test de la mediana en muestras independientes. Como los datos son mayores a 40 sujetos, entonces se usó la Significación Asintótica por la corrección de continuidad de Yates, mientras que el nivel de significación fue el α con valor igual o mayor a 0.05. Estas pruebas se desarrollaron para cada uno de los nueve factores de la calidad.

Al efectuar las pruebas de normalidad, para cada uno de los nueve factores de calidad, cuyos resultados se presentan en la Tabla 15, se ve que el grado de significación toma valores inferiores a 0.05. Por lo tanto se considera que los datos no provienen de una distribución normal y por ende no se puede utilizar la prueba t de Student, sino que en su lugar se aplicará la prueba de U-Mann Whitney.

Tabla 15

Prueba de Normalidad para los Nueve Factores de Calidad

Factor	Cuenta SGC	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Estadístico	gl	Sig
Alta Gerencia	Si	0.147	36	0.049
	No	0.221	64	0.000
Planeamiento de Calidad	Si	0.201	36	0.001
	No	0.246	64	0.000
Auditoria y Evolución de Calidad	Si	0.234	36	0.000
	No	0.131	64	0.008
Diseño del Producto	Si	0.187	36	0.003
	No	0.313	64	0.000
Gestión de Calidad y Proveedor	Si	0.228	36	0.000
	No	0.189	64	0.000
Control y Mejoramiento del Proceso	Si	0.165	36	0.014
	No	0.113	64	0.042
Educación y Entrenamiento	Si	0.161	36	0.019
	No	0.227	64	0.000
Círculos de Calidad	Si	0.209	36	0.000
	No	0.129	64	0.010
Enfoque hacia la Satisfacción del Cliente	Si	0.101	36	0.200*
	No	0.163	64	0.000

Nota. a. Corrección de significación de Lilliefors

Antes de efectuar las deducciones, se procedió a valorar la igualdad de las varianzas para los grupos que cuentan o no cuentan con SGC vía la prueba de Levene. Ello significa reducir la posibilidad de rechazo a una verdadera hipótesis de igualdad de varianzas, solo porque la distribución de las poblaciones muestreadas no sigue una normalidad. En la Tabla 16 se observa que este estadístico tiene una significación mayor de 0.05 para los nueve factores de calidad, con lo cual se acepta que existe homogeneidad entre los dos grupos analizados.

Tabla 16

Prueba de Levene para los Nueve Factores de Calidad

Factor	Estadístico de Levene	Sig.
Alta Gerencia	0.024	0.878
Planeamiento de Calidad	0.067	0.796
Auditoria y Evolución de Calidad	20.215	0.14
Diseño del Producto	0.134	0.715
Gestión de Calidad y Proveedor	0.009	0.927
Control y mejoramiento del proceso	0.768	0.383
Educación y Entrenamiento	0	0.986
Círculos de Calidad	20.936	0.09
Enfoque hacia la satisfacción del cliente	0.273	0.603

En la Tabla 17 se muestran los resultados obtenidos de la prueba no paramétrica de U-Mann Whitney, de forma individual para cada uno de los nueve factores de calidad. El criterio de aceptación es un grado de significancia superior a 0.005, lo cual indica que la diferencia no es estadísticamente significativa entre el grupo que sí tiene SGC y aquellos centros de salud ocupacional que no tienen estos sistemas. Los resultados de la prueba U-Mann Whitney permiten afirmar lo siguiente para cada uno de los factores de la calidad (TQM).

Factor XI Alta Gerencia. El grado de significancia es 0.019, que es inferior a 0.05 y por lo tanto se concluye que sí existen diferencias significativas en el cumplimiento percibido por las empresas que poseen un SGC y las que no, respecto al factor Alta Gerencia en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú. En todos los enunciados que componen este factor

el valor que obtuvieron las empresas con SGC es mayor que el de las empresas sin sistemas de calidad, excepto en “la alta gerencia proporciona los recursos apropiados para elevar el nivel de la calidad”, donde se ve un mayor compromiso por parte de las empresas que no han implementado SGC.

Tabla 17

Prueba de U-Mann Whitney para los Nueve Factores de Calidad

Factor	U de Mann-Whitney	Sig. asintótica (bilateral)
Alta Gerencia	834.0	0.019
Planeamiento de Calidad	924.0	0.088
Auditoría y Evolución de Calidad	799.5	0.010
Diseño del Producto	1,084.0	0.599
Gestión de Calidad y Proveedor	987.5	0.227
Control y mejoramiento del proceso	610.0	0.000
Educación y Entrenamiento	958.0	0.154
Círculos de Calidad	691.5	0.001
Enfoque hacia la satisfacción del cliente	732.0	0.002

Factor X2 Planeamiento de la Calidad. El grado de significancia es 0.088, que es superior a 0.05 y por lo tanto se concluye que no existen diferencias significativas en el nivel de cumplimiento percibido por las empresas que poseen un Sistema de Gestión de Calidad y las que no, respecto al factor Planeamiento de la Calidad (TQM) en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú. Al ver los resultados del análisis de frecuencia se identifica que el mayor nivel se da en el hecho de que la empresa tiene metas específicas y detalladas en cuanto a la calidad y el menor valor en el involucramiento de los empleados haciendo las políticas y planes de calidad.

Factor X3 Auditoría y Evaluación de Calidad. Se observa que la significancia es 0.010, valor inferior a 0.05, lo cual permite concluir que si hay diferencias significativas en el nivel de cumplimiento percibido por las empresas que poseen un Sistema de Gestión de Calidad y las que no, respecto al factor Auditoría y Evaluación de la Calidad (TQM) en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú. Cuando se revisan los promedios se tiene que este

factor obtuvo un valor de 3.77 en las empresas que no han implantado SGC y 4.06 en las que sí, manifestándose la mayor diferencia en la utilización del *benchmarking*.

Factor X4 Diseño del Producto. Se tiene que el grado de significancia es 0.599, lo cual es mayor a 0.05 y por lo tanto se concluye que no existe diferencia significativa en el nivel de cumplimiento percibido por las empresas que poseen un Sistema de Gestión de Calidad y las que no, respecto al factor Diseño del Producto (TQM) en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú. En todos los enunciados que componen este factor se tienen valores muy similares, donde el mayor se manifiesta en el hecho de que las empresas cuentan con un método para diseñar su producto (3.93) y el menor en la inversión en el diseño de productos (3.90).

Factor X5 Gestión de la Calidad de Proveedor. Los resultados muestran que el grado de significancia es 0.227, que es mayor a 0.05. Por lo tanto, se concluye que no existe diferencia significativa en el nivel de cumplimiento percibido por las empresas que poseen un Sistema de Gestión de Calidad y las que no, respecto al factor Gestión de Calidad del Proveedor (TQM) en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú. En ambos grupos se tiene que el mayor puntaje se obtuvo en el enunciado “la calidad de los productos que los proveedores suministran a la empresa es adecuada”, mientras que el menor valor está en “la empresa realiza auditorías o evaluaciones de sus proveedores”.

Factor X6 Control y Mejoramiento del Proceso. Dado que el grado de significancia es 0.000, valor menor a 0.05, entonces se concluye que si existen diferencias significativas en el nivel de cumplimiento percibido por las empresas que poseen un Sistema de Gestión de Calidad y las que no, respecto al factor Control y Mejoramiento del Proceso (TQM) en el Subsector Salud Ocupacional. En este factor, la media de las empresas con SGC es 4.12 y de los Centros de Salud Ocupacional sin SGC el promedio es 3.75, donde la mayor diferencia se manifiesta en el uso de las siete herramientas de Control de la Calidad para el control y

mejoramiento del proceso, que es más común cuando se implementan los sistemas. Sin embargo, en ambos grupos este es el enunciado con menor valor, lo que confirma que la falta de la aplicación de esta herramienta se da en todas las empresas.

Factor X7 Educación y Entrenamiento. Se obtienen una significancia de 0.154, que es mayor a 0.005. En base a esto se concluye que no existen diferencias significativas en el nivel de cumplimiento percibido por las empresas que poseen un Sistema de Gestión de Calidad y las que no, respecto al factor Entrenamiento y Educación (TQM) en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú. Para las dos muestras lo más importante es que los empleados de la empresa estén activamente involucrados en las actividades relacionadas con la calidad y la principal debilidad se da porque la mayoría de los empleados no son capaces de utilizar las herramientas para la gestión de la calidad.

Factor X8 Círculos de Calidad. Se obtuvo que el nivel de significancia igual a 0.001. Como este valor es inferior a 0.05 se concluye que si existen diferencias significativas en el nivel de cumplimiento percibido por las empresas que poseen un sistema de gestión de calidad y las que no, respecto al factor Círculos de Calidad (TQM) en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú. Independientemente de que las empresas tengan o no SGC, este fue el factor donde se obtuvo un menor nivel de calidad, sin embargo esto se agrava en las empresas que no han implementado SGC, las cuales tuvieron una media de 3.39 versus el 3.85 obtenido por las empresas con SGC. La diferencia entre los dos grupos se acrecienta en lo que se refiere al enunciado “la mayoría de los empleados de la empresa realiza actividades de círculos de calidad”.

Factor X9 Enfoque hacia la Satisfacción del Cliente. El grado de significancia es igual a 0.002. Al ser menor que 0.05 entonces se concluye que sí existen diferencias significativas en el nivel de cumplimiento percibido por las empresas que poseen un Sistema de Gestión de Calidad y las que no, respecto al factor Satisfacción del Cliente (TQM) en el

Subsector Salud Ocupacional en el Perú. La media que obtuvieron las empresas con SGC fue 4.16, mientras que las empresas sin estos sistemas apenas lograron 3.81. La mayor diferencia entre ambas muestras está en la realización de una encuesta anual de satisfacción de los clientes, la cual no es común entre las empresas que no tienen SGC.

4.4 Resumen

En primer lugar se aplicó el test del Alfa de Cronbach, con el cual se determinó que sí existe confiabilidad en los datos recopilados y por ende en las conclusiones de esta investigación. Luego se hizo un análisis para caracterizar a la muestra, conociendo que 36% de los 100 Centros de Salud Ocupacional encuestados han implementado un Sistema de Gestión de Calidad (SGC). Esto es más frecuente en las empresas con más de 11 trabajadores y con mayor antigüedad.

Se procedió entonces a hacer análisis de frecuencia, encontrando que en general el nivel de la calidad es alto en las empresas de este subsector, principalmente en el factor Alta Gerencia. En cambio, el nivel más bajo está en el Planeamiento de la Calidad. Al desarrollar la prueba de hipótesis se identificó que la diferencia entre las empresas con Sistema de Gestión de Calidad y sin este es estadísticamente significativa en los factores de Alta Gerencia, Auditoría y Evaluación de la Calidad, Control y Mejoramiento del Proceso, Círculos de Calidad y Enfoque hacia la Satisfacción del Cliente.

Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

Las conclusiones a las que se ha llegado con respecto a la relación entre la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad y el nivel de los nueve factores del TQM en las empresas del Subsector Salud Ocupacional en el Perú son las siguientes:

1. Del total de nueve factores de la calidad, en cinco de ellos se encontraron diferencias significativas entre las empresas que sí tienen Sistema de Gestión de Calidad y aquellas que no. Mientras que en los factores Planeamiento de la Calidad, Diseño del Producto, Gestión de la Calidad del Proveedor y Educación y Entrenamiento no hay diferencias significativas. Es por esto que se concluye que la diferencia a nivel global no es significativa.
2. Sí existen diferencias significativas en el cumplimiento percibido por las empresas que poseen un SGC y las que no, respecto al factor Alta Gerencia en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú. Donde aquellas que han implementado estos sistemas muestran un mejor desempeño y en especial en la participación activa de la alta gerencia y la acogida de compromisos de largo plazo. Esto coincide con el hecho de que la calidad toma tiempo en ser implementada y no son acciones independientes sino un conjunto de hechos que inician con la planeación. En la revisión de literatura se conoció que varios autores (Deming, 1979; Deming, 1986; Appiah, Amaria & Owusu, 2013) la alta gerencia es la responsable de guiar la implementación de la calidad, mostrando determinación, capacidad para adecuarse a los cambios y a los requerimientos de los clientes.

Solamente en lo que respecta al otorgamiento de recursos se encontró que las empresas que no tienen SGC lograron un mejor nivel, lo cual puede deberse a que por no contar con un sistema estandarizado invierten más dinero al no estar

adecuadamente direccionado. Otra posible causa es un mal entendimiento de la calidad y como explicó Crosby (1979) se ven forzadas a invertir tiempo y dinero en re trabajos y correcciones de los errores, para lograr satisfacer las expectativas de sus clientes.

3. No existen diferencias significativas en el nivel de cumplimiento percibido por las empresas que poseen un Sistema de Gestión de Calidad y las que no, respecto al factor Planeamiento de la Calidad (TQM) en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú. Tanto en las empresas con SGC, como en aquellas que no lo tienen, el mayor nivel se da en el hecho de que las empresas tienen metas específicas y detalladas en cuanto a la calidad y el menor valor en el involucramiento de los empleados haciendo las políticas y planes de calidad.

Es preocupante que en los Centros de Salud Ocupacional, y especialmente en aquellos que ya han implementado un Sistema de Gestión de Calidad, no se logre la participación de los empleados en la elaboración de políticas y planes de acción. De acuerdo con la revisión de literatura es responsabilidad de la empresa dar a todos sus empleados las herramientas para que puedan tomar decisiones (Appiah, et.al., 2013). Esto permite brindar soluciones rápidas a los clientes, pero sobre todo alinearse desde el inicio del proceso, con la planeación, garantizando mejores resultados. Esto lleva a considerar la literatura revisada donde se indica claramente que para obtener alta calidad es necesario el involucramiento de todos los trabajadores. Si no se logra la participación de todos los empleados, entonces no será posible elevar el desempeño de los Centros de Salud Ocupacional.

4. Sí existe diferencia significativa en el nivel de cumplimiento percibido por las empresas que poseen un Sistema de Gestión de Calidad y las que no, respecto al factor Auditoría y Evaluación de la Calidad (TQM) en el Subsector Salud

Ocupacional en el Perú. Las empresas con SGC evidenciaron tener un mejor nivel de calidad, basando esto principalmente en el uso de datos objetivos para la toma de decisiones, pero además entre los Centros de Salud Ocupacional con SGC se realiza con mayor frecuencia el *benchmarking* que en aquellos centros sin este tipo de sistema.

La implementación de Sistemas de Gestión de Calidad está directamente asociada a la realización de auditorías por parte de las consultoras que otorgan la certificación en cada país; particularmente cuando se trata de las Normas ISO 9001. Desde finales de los años 80 el enfoque estratégico de la gerencia ha cambiado de los competidores hacia el interior de las organizaciones, donde es necesario revisar todos los aspectos, ya que es el conjunto de los factores propios de cada empresa lo que determina su capacidad para atender a los clientes (Powell, 1995). De allí la importancia de tener auditorías y evaluaciones frecuentes, pero no hay que descuidar el entorno y en especial los cambios en hábitos de los consumidores o las acciones que emprenden los competidores. Es por ello que este factor del TQM incluye el *benchmarking*, para mostrar que hay que evaluar a los otros actores en la industria.

5. No existe diferencia significativa en el nivel de cumplimiento percibido por las empresas que poseen un Sistema de Gestión de Calidad y las que no, respecto al factor Diseño del Producto (TQM) en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú. Esto se presenta tanto a nivel de factor como para cada uno de los enunciados, donde además el grado de calidad es similar desde la inversión en el diseño hasta el contar con un método estandarizado para hacerlo.
- Debe mencionarse que en la consideración de los requerimientos de los clientes el valor medio fue de 3.92, siendo 3.97 para las empresas con SGC y 3.89 para las

empresas sin SGC. Esto muestra que no se entiende claramente que calidad es brindar servicios que satisfagan a los clientes, pero esto no puede ser posible si los requerimientos de los clientes no son tomados en cuenta. Deming (1986) explicó que calidad es satisfacer plenamente a los clientes. Lo cual dentro del TQM requiere un enfoque holístico de la organización, lo que incluye el diseño del producto (D'Alessio, 2012), que en este caso es un servicio o proceso de atención a los pacientes.

6. No existe diferencia significativa en el nivel de cumplimiento percibido por las empresas que poseen un Sistema de Gestión de Calidad y las que no, respecto al factor Gestión de la Calidad del Proveedor (TQM) en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú. En ambas muestras se tiene que el mayor puntaje confirma que la calidad de los productos que los proveedores suministran a la empresa es adecuada, a pesar de que el menor valor indica que no es tan común que se realicen auditorías o evaluaciones a los proveedores.

Probablemente esto se debe a que el insumo principal en la prestación del servicio de atención médica es el recurso humano, integrado por médicos, enfermeras y técnicos. Por lo que las empresas del subsector no consideran vital el establecimiento de relaciones de largo plazo con los proveedores, ya sean de equipos, de insumos médicos o de laboratorio. Hay en el Perú diversidad de proveedores en esta área y las barreras para cambiarse entre ellos son muy bajas. Sin embargo, de acuerdo con uno de los principios de Deming (1986) es necesario establecer relaciones de largo plazo con los proveedores, dominadas por las alianzas estratégicas, logrando que ellos eleven su calidad y reduciendo la evaluación y selección de proveedores basada únicamente en el precio.

7. Sí existen diferencias significativas en el nivel de cumplimiento percibido por las empresas que poseen un Sistema de Gestión de Calidad y las que no, respecto al factor Control y Mejoramiento del Proceso (TQM) en el Subsector Salud Ocupacional. El mayor valor se obtuvo en el buen mantenimiento que se le brinda a los equipos operativos de la empresa, mientras que el menor se manifiesta en la implementación de las siete herramientas de control y mejoramiento de procesos. La literatura reveló que estas herramientas son necesarias para monitorear la forma en que se desarrollan los procesos, lo cual repercute directamente en el servicio resultante, por lo que si no se controla se pone en riesgo la calidad que perciben los clientes. La evolución de la calidad mostró un cambio de enfoque, desde los resultados hacia los procesos, donde la información y el conocimiento en el uso de las herramientas son recursos esenciales para garantizar un buen desempeño (Abadi, 2004).
8. No existen diferencias significativas en el nivel de cumplimiento percibido por las empresas que poseen un Sistema de Gestión de Calidad y las que no, respecto al factor Entrenamiento y Educación (TQM) en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú. Para las dos muestras lo más importante es que los empleados de la empresa estén activamente involucrados en las actividades relacionadas con la calidad y la principal debilidad se da porque la mayoría de los empleados no son capaces de utilizar las herramientas para la gestión de la calidad. Esto es contrario a los 14 principios de la calidad (Deming, 1986; Crosby, 1979), dentro de los cuales se establece que las empresas tienen que dar educación y entrenamiento permanente a sus empleados, y en especial en lo relacionado a la calidad.
9. Sí existen diferencias significativas en el nivel de cumplimiento percibido por las empresas que poseen un sistema de gestión de calidad y las que no, respecto al

factor Círculos de Calidad (TQM) en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú. Es importante concluir que este es el factor de la calidad donde se obtuvo menor puntaje, mostrando que aún en las empresas con SGC los círculos de calidad no se están implementando de manera apropiada.

La principal debilidad se encontró en el involucramiento de los empleados, por lo que no todas las empresas están percibiendo beneficios por haber implementado círculos de calidad. En este aspecto debe seguirse la recomendación de Crosby (1979) y Deming (1986) a fomentar el trabajo en equipo, formando grupos de mejoramiento de la calidad. En los cuales tienen que intervenir personal de todas las áreas de las empresas.

10. Sí existen diferencias significativas en el nivel de cumplimiento percibido por las empresas que poseen un Sistema de Gestión de Calidad y las que no, respecto al factor Enfoque hacia la Satisfacción del Cliente (TQM) en el Subsector Salud Ocupacional en el Perú. Se encontró que las empresas con SGC tienen como fortaleza la realización de una encuesta anual para medir la satisfacción de sus clientes, siendo esta la principal debilidad para los Centros de Salud Ocupacional sin SGC.

Nuevamente resulta preocupante el hecho de que no es posible generar servicios de calidad si se desconoce cuál es el nivel de satisfacción que hay entre los usuarios, lo cual limita la implementación de mejoras. A lo largo de las conclusiones se ha dicho en repetidas ocasiones que la calidad es brindar a los clientes un servicio que satisfaga sus requerimientos (Deming, 1986; D'Alessio, 2012; Dean & Bowen, 1994; Evans & Lindsey, 1993). Pero además, las empresas deben tener la capacidad de mejorar continuamente y para hacerlo en la dirección correcta deben contar con información del mercado.

5.2 Recomendaciones

Se recomienda lo siguiente a los Centros de Salud Ocupacional que operan en el Perú:

1. Es necesario que la alta gerencia se comprometa con la calidad, planteando metas de largo plazo y asignando los recursos necesarios para lograrlo. Pero esto debe hacerse de manera eficiente, ya que más no necesariamente significa que se obtienen mejores resultados.
2. Involucrar a todos los empleados de las organizaciones en los temas relacionados con la calidad, inclusive desde el planeamiento, cuando se definan las políticas y planes. Es necesario mantener las metas específicas, que constituye actualmente una fortaleza.
3. Todas las empresas deben reunir datos objetivos que sirvan de base para el diseño de mejoras, ya que debe recordarse que la calidad es un proceso continuo. Esta recopilación de datos tiene que incluir el benchmarking, que es un análisis de la posición que tienen los mejores competidores y de la brecha que existe.
4. Dado que para obtener calidad es indispensable considerar los requerimientos de los clientes, se le recomienda a todas las empresas del subsector conocer plenamente qué es lo que esperan sus clientes e incorporarlo en el diseño del servicio.
5. Si bien es cierto que los procesos son estandarizados, las organizaciones deben tener la flexibilidad necesaria para generar servicios diseñados a la medida de algunos clientes, que tengan requerimientos adicionales o especiales y estén dispuestos a pagar el valor que un servicio hecho a su medida tiene.
6. El servicio no inicia con la realización del examen, sino con la prospección de las empresas para la venta. A esto le sigue el establecimiento de citas y los recordatorios previos junto con el envío de instrucciones, así como la

disponibilidad de parqueo o fácil acceso en transporte público. Así mismo, no culminan cuando el paciente se retira sino cuando se entregan los resultados, a la empresa y al paciente. Entonces el diseño del servicio debe incluir todos estos puntos y no tener una visión limitada.

7. Realizar auditorías a los proveedores, coordinadas con ellos y con mira a fortalecer las relaciones de largo plazo. Esto ayudará a identificar errores en los procesos, incluso antes de que repercutan en la calidad de los insumos que suministran.
8. Continuar brindando un buen mantenimiento a los equipos, para que no se paralice el proceso de atención y para que no se den errores en los resultados; lo cual debe complementarse con la implementación de las siete herramientas de control y mejoramiento de procesos.
9. Capacitar a los empleados en temas de calidad, además de la capacitación acorde a cada posición. Esto debe realizarse en función de los planes de carrera para cada persona y de un presupuesto anual de capacitación, para así garantizar que se asignan los recursos necesarios.
10. Continuar con el involucramiento de todos los empleados en las actividades de calidad, formando círculos de calidad y promoviendo la participación activa, para que de esta manera se observen beneficios.
11. Realizar anualmente la encuesta de satisfacción de los clientes, lo cual actualmente solo es realizado por los Centros de Salud Ocupacional con Sistema de Gestión de Calidad. Los resultados de estas encuestas tienen que utilizarse para el diseño del servicio, logrando atender los requerimientos de los clientes.
12. Aunque el servicio es un intangible, hay elementos tangibles que lo acompañan y en los cuales debe invertirse recursos y tiempo para desarrollarlos. En el caso de

los Centros de Salud Ocupacional estos elementos incluyen: (a) la limpieza de todas las instalaciones, (b) los insumos físicos que se usan, (c) los resultados impresos o por correo electrónico, y (d) la infraestructura y su decoración, entre otros. Junto al diseño de los procesos de servicio, hay que cuidar cada uno de estos aspectos para que sea acorde al público que está atendiendo.

5.3 Contribuciones Teóricas y Prácticas

El haber desarrollado esta tesis ha contribuido de forma práctica con las empresas del Subsector Salud Ocupacional en el Perú, a pesar de que no se logró probar que exista una relación positiva entre la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad y el nivel de calidad que obtienen, al menos no para todos los factores. Sin embargo, ahora las empresas cuentan con información objetiva que destaca los aspectos en los cuales los Centros de Salud Ocupacional tienen fortalezas, pero más importante se han encontrado las debilidades, dando recomendaciones puntuales que llevarán a estas empresas a mejorar su nivel de calidad. Además se tiene como aporte práctico que en los siguientes factores críticos de la calidad sí es conveniente la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad: (a) Alta Gerencia, (b) Auditoría y Evaluación de la Calidad, (c) Control y Mejoramiento de Procesos, (d) Círculos de Calidad y (e) Enfoque hacia la Satisfacción de los Clientes.

Otra contribución práctica que resulta relevante es que se llegó a conocer cómo en las empresas de servicios, especialmente en los de salud, hay deficiencias en el diseño del producto. Lo cual probablemente se deba a que no se elabora ni entrega algo físico al cliente. Pero de la revisión de literatura se ha aprendido que aún los servicios requieren de un diseño exhaustivo, fundamentado en los requerimientos que los clientes tienen, para lo cual hay que investigar e invertir recursos.

La contribución teórica que brinda esta tesis está relacionada con el desarrollo de bibliografía sobre el tema de calidad, dando a conocer la penetración que tienen los SGC en

las empresas peruanas del Subsector Salud Ocupacional y la forma cómo esto afecta el nivel de desempeño. Adicionalmente, la revisión de literatura realizada brinda un nuevo orden a los conceptos contrastando autores que no habían sido analizados en conjunto previamente. Es así que esta investigación ha generado conocimiento nuevo sobre la calidad en el Perú.

De los resultados de esta investigación se desprende la necesidad de desarrollar los siguientes estudios:

- Investigación sobre el diseño de servicios de salud en el Perú, y específicamente en salud ocupacional, dando a conocer lo que el mercado espera y la oferta actual. Para lo cual se deberá incluir revisión de la literatura relacionada con el factor de la calidad diseño del producto en empresas de servicios.
- Identificación de las limitaciones que actualmente tienen los Centros de Salud Ocupacional para implementar cualquiera de los Sistemas de Gestión de la Calidad.
- Ahondarse en las diferencias que hay en los factores del TQM entre las empresas con ISO 9001 y aquellas con otro tipo de SGC, a través de un estudio cualitativo que permita verificar la manera en la que los entrevistados entienden cada uno de los enunciados.
- Conducir investigaciones similares a esta, con la metodología TQM, pero ampliando la muestra para que el error estadístico sea 5% o menos.

Referencias

- Abadi, M. (2004). *La calidad de servicio*. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de http://www.econ.uba.ar/www/departamentos/administracion/plan97/adm_general/Vicente/abadi%20Adm%20Gral/LA_CALIDAD_DE_SERVICIO.doc.
- Agencia Peruana de Noticias [Andina]. (2013, 25 de septiembre). *Perú necesita al menos 4,000 empresas certificadas en sistemas de gestión*. Recuperado de <http://www.andina.com.pe/espanol/noticia-peru-necesita-al-menos-4000-empresas-certificadas-sistemas-gestion-429629.aspx#.U4dXiGAU-1s>
- Anderson, J., Rungtusanatham, M. & Schroeder, R. (1994). A Theory of Quality Management Underlying the Deming Management Method. *The Academy of Management Review*, 19(3), 472-509.
- Appiah, F., Amaria, P. & Owusu, E. (2013). Linkages between Total Quality Management and Organizational Survival in Manufacturing Companies in Ghana. *International Journal of Business and Social Science*, 4(10), 1-15.
- Banco Central de Reserva del Perú [BCRP]. (2014). *Estadísticas anuales*. Recuperado de <http://estadisticas.bcrp.gob.pe/index.asp?sFrecuencia=A>
- Benzaquen, J. (2013, enero-abril). Calidad en las empresas latinoamericanas: El caso peruano. *Globalización, Competitividad y Gobernabilidad*, 7(1), 41-59.
- Benzaquen, J. (2014, enero-abril). La ISO 9001 y TQM en las empresas latinoamericanas: Perú. *Globalización, Competitividad y Gobernabilidad*, 8(1), 67-89.
- Bruce, S., Shaw, K., & Ebrahimpour, M. (2007) The impact of ISO 9000 on TQM and business performance. *Journal of Business and Economic Studies*, 13(2), 1-23
- Caballero, N. & Bayona, A. (2012). *Investigación clínica en el Perú: Situación actual y perspectivas*. Recuperado de

[http://www.clinicainternacional.com.pe/descarga/revista/cuarta_edic/Articulo_Revisio
n.pdf](http://www.clinicainternacional.com.pe/descarga/revista/cuarta_edic/Articulo_Revisio
n.pdf)

Centro de Desarrollo Industrial [CDI]. (2011). *Semana de la calidad*. Recuperado de
http://www.cdi.org.pe/semana_cgc.htm

Cohen, S. & Brand, R. (1993). *Total quality management in government: A practical guide
for the real world*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Consejo Nacional de la Competitividad. (2011). *Diagnóstico del Sistema Nacional de
Calidad*. Recuperado de
http://www.cnc.gob.pe/descargas/descargar/Diagnostico_SNC_Documento_final.pdf

Crosby, P. (1979). *Quality is free: The art of making quality certain*. Nueva York, NY:
McGraw-Hill.

Cronin, J. & Taylor, S. (1992, julio). Measuring service quality: A reexamination and
extension. *Journal of Marketin*, 56(3), 55-68.

D'Alessio, F. (2012). *Administración de las operaciones productivas, un enfoque en procesos
para la gerencia*. México, D.F.: Pearson.

De Marzo, S. (2013, 2 de setiembre). Clínicas privadas amplían sedes y aumentan inversión
en servicios. *Gestión*. Recuperado de [http://gestion.pe/empresas/clinicas-privadas-
amplian-sedes-y-aumentan-inversion-servicios-2074989](http://gestion.pe/empresas/clinicas-privadas-
amplian-sedes-y-aumentan-inversion-servicios-2074989)

Dean, J. & Bowen, D. (1994). Management Theory and Total Quality: Improving Research
and Practice through Theory Development. *The Academy Management Review*, 19(3),
392-418.

Deming, W. (1986). *Out of the crisis*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology
Press.

Deeming, W. (1989). *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*. Madrid:
Díaz de Santos.

- Dirección General de Salud Ambiental [DIGESA]. (2014a). *Dirección de Salud Ocupacional*. Recuperado de <http://www.digesa.sld.pe/DSO/DSO.asp>
- Dirección General de Salud Ambiental [DIGESA]. (2014b). *Relación de Acreditación de Servicios de Salud Ocupacional*. Recuperado de <http://www.digesa.sld.pe/DSO/Relacion-de-Acreditacion-en-Servicios-de-SO.asp>
- Evans, J. & Lindsay, W. (1993). *The management and control of quality*. Nueva York, NY: West Publishing.
- García-Bellido, R., González, J., & Jornet, J. (2010). *SPSS: Análisis de fiabilidad*. Recuperado de http://www.uv.es/innomide/spss/SPSS/SPSS_0801B.pdf
- Garvin, D. (1986). Quality problems, policies, and attitudes in the United States and Japan: An exploratory study. *Academy of Management Journal*, 29(4), 653-673.
- Hauser, J. & Clausing, D. (1988). The house of quality. *Harvard Business Review*, 66(3), 63-73.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5a. ed.). Lima, Perú: Mc Graw Hill Educación.
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual [INDECOPI]. (2014). *Servicio Nacional de Acreditación*. Recuperado de http://www.indecopi.gob.pe/0/modulos/JER/JER_Interna.aspx?ARE=0&PFLI=0&JER=1091
- International Standard Organization [ISO]. (2013). *ISO Survey 2012*. Recuperado de <http://www.iso.org/iso/iso-survey>
- Juran, J. (1996). *Juran y la calidad por el diseño: Nuevos pasos para planificar la calidad de bienes y de servicios*. Madrid: Díaz de Santos.

- Kerr, M. & Trantow, D. (1969, mayo). Defining, measuring and assessing the quality of health services: Perspectives and a suggested framework. *Public Health Reports (1896-1970)*, 84(5), 415-424.
- Laseria, A. & Santos, A. (2008). Diseño estratégico de perfiles de cargos por competencia: Una contribución al alineamiento del desempeño individual con el desempeño organizacional. *Ingeniería Industrial*, 29(1), 52-56.
- Ley N° 29783. Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. Congreso de la República, 2011.
- Ley N°30222. Ley que Modifica la Ley 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. Congreso de la República, 2012.
- Lewis, C.E. (1984). Hospital accreditation in New Zealand. *Hospital*, 68(8), 15-17.
- Matabanchoy, S.M. (2012, junio). Salud en el trabajo. *Revista Universitaria de Salud*, 15(1), 87-102.
- Marín, L.M. & Gimeno, J. (2009). La certificación ISO 9000 en el sector industrial del mueble: Evidencias sobre la cultura de calidad total y las ventajas que la caracterizan. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 16(1), 77-101.
- Méndez, C. (2001). Metodología: Diseño y Desarrollo del proceso de investigación (3° edición). Madrid: McGraw Hill.
- Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. (2012). *Agenda de competitividad 2012-2013*. Recuperado de https://www.mef.gob.pe/contenidos/competitiv/documentos/Agenda_Competitividad_2012_2013.pdf
- Ministerio de la Producción [PRODUCE]. (2012, 4 de octubre). *Ministra Triveño: "El Perú debe apuntar a construir un sistema nacional de calidad"*. Recuperado de <http://www.produce.gob.pe/index.php/prensa/noticias-del-sector/819-ministra-triveno-el-peru-debe-apuntar-a-construir-un-sistema-nacional-de-calidad>

- Ministerio de la Producción [PRODUCE]. (2013). *Certificaciones de calidad*. Recuperado de <http://www.crecemype.pe/portal/images/stories/files/img/coleccion-crecemype/creacion-de-valor/6%20certificaciones%20de%20calidad.pdf>.
- Miranda, M., Ortíz, M. & Cabalcanti, B. (2013). *Plan de negocios para la creación de una clínica de exámenes médicos preventivos y ocupacionales para ejecutivos de la ciudad de Lima*. Tesis para optar al grado académico de Magíster en Salud, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC).
- Nandraj, S. & Khot, A. (2003, diciembre). Accreditation system for health facilities: Challenges and opportunities. *Economic and Political Weekly*, 38(50), 5251-5255.
- Nixon, F. (1962). Quality achievements in Japan. *Journal of the Royal Statistical Society*, 12(2), 119-124.
- Observatorio de Derechos Humanos. (2013). *La regulación del deber/derecho al secreto profesional médico en el Perú y su implicancia en el derecho a la salud*. Recuperado de http://observatorioderechoshumanos.pe/jmla25/publicaciones/doc_download/604-confidencialidad-o-justicia-la-regulacion-del-deber-derecho-al-secreto-profesional-medico-en-el-peru-y-sus-implicancias-en-el-derecho-a-la-salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1995). *Salud ocupacional para todos. Estrategia mundial*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42109/1/951802071X_spa.pdf?ua=1
- Osorio, J., Arango, D. & Ruales, C. (2011). Selección de proveedores usando el despliegue de la función de calidad difusa. *Revista EIA*, 1(15), 73-83.
- Osorio, J., Herrera, M. & Vinasco, M. (2008). Modelo para la evaluación del desempeño de los proveedores utilizando AHP. *Ingeniería y Desarrollo*, (23), 43-58.

- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Pérez, M. (2007). La gestión de la calidad total en el centro para la promoción del Comercio Exterior de Cuba. *Ciencias de la Información*, 38(3), 71-76.
- Pfeffer, J. (1977). The ambiguity of leadership. *Academy of Management Review*, 2(1), 104-112.
- Powell, T. (1995, enero). Total quality management as competitive advantage: A review and empirical study. *Strategic Management Journal*, 16(1), 15-37.
- Sáez, F., García, O., Palao, J. & Rojo, P. (2002). *Innovación Tecnológica en las Empresas*. Recuperado de http://www.dit.upm.es/~fsaez/intl/capitulos/5%20-Reingenier%EDa%20_I_.pdf
- Salud Total. (2012). *Medicina Ocupacional*. Recuperado de http://www.saludtotal.com.pe/medicina_ocupacional.html
- Snell, S. & Dean, J. (1992). Integrated manufacturing and human resource man-agreement: A human capital perspective. *Academy of Management Journal*, 35, 467-504.
- SNI: La nueva legislación en seguridad y salud le costará unos S/. 31 mil anuales a una mype. (2013, 20 de febrero). *Diario Gestión*. Recuperado de <http://gestion.pe/economia/sni-nueva-legislacion-seguridad-y-salud-costara-alrededor-s-31-mil-anuales-pequena-empresa-2059563>
- Sohal, S., Samson, D. & Ramsay, L. (1998). Requirements for successful implementation of total quality management. *International Journal of Technology Management* 16, 505-519.

- Sotomayor, R. (2007, setiembre). Globalización y la responsabilidad de los países en desarrollo: El caso de la migración de los profesionales de la salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 24(3),
- Tata, J., Prasad, M. & Thorn, R. (1999). The influence of organizational structure on the effectiveness of TQM programs. *Journal of Managerial Issues*, 11(4), 440-453.
- Trabajadores podrán solicitar examen médico a empleadores al final de relación laboral. (2014, 10 de agosto). *Diario Gestión*. Recuperado de <http://gestion.pe/empleo-management/trabajadores-podran-solicitar-examen-medico-ocupacional-sus-empleadores-al-final-relacion-laboral-2105231>
- Ulloa-Enríquez, M. (2012). Riesgos del Trabajo en el Sistema de Gestión de Calidad. *Revista Ingeniería Industrial*, 33(2), 100-111.
- Waldman, D. (1994, julio). The contributions of total quality management to a theory of work performance. *The Academy of Management Review*, 19(3), 510-536.
- Zafra-Tanaka, J., Veramendi-Espinoza, J., Zapata-Sequeiros, M., Urbina-Yale¹, G., Villa-Santiago, N., Yovera-Leyva¹, E. & Ayala-Mendivil¹ R. (2013). Calidad de registro en historias clínicas en un centro de salud del Callao. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(4), 714-728.
- Zbaracki, M. (1998, septiembre). The rethoric and reality of total quality management. *Administrative Science Quarterly*, 43(3), 602-636.

Apéndice A: Marco Legal Relacionado con el Subsector Salud Ocupacional

Marco legal de Salud. El marco legal que brinda la oportunidad de negocio para el establecimiento de un nuevo centro de atención en salud ocupacional se encuentra compuesto por: (a) Ley General de Salud N° 26842, (b) Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo N° 29783, (c) Decreto Supremo 055-2010-EM: Reglamento de Seguridad y Salud Ocupacional y otras Medidas Complementarias en Minería, y (d) Decreto Supremo 013-2006 SA: Reglamento de Servicios de Salud

1. Ley General de Salud N° 26842

En su Artículo 22, esta Ley establece que “Para desempeñar actividades profesionales propias de la medicina, odontología, farmacia o cualquier otra relacionada con la atención de la salud, se requiere tener título profesional en los casos que la ley así lo establece y cumplir con los requisitos de colegiación, especialización, licenciamiento y demás que dispone la ley” (Congreso de la República, 1997).

Para el resguardo de la privacidad de los pacientes el Artículo 25 establece lo siguiente:

- Toda información relativa al acto médico que se realiza, tiene carácter reservado.
- El profesional de la salud, el técnico o el auxiliar que proporciona o divulga, por cualquier medio, información relacionada al acto médico en el que participa o del que tiene conocimiento, incurre en responsabilidad civil o penal, según el caso, sin perjuicio de las sanciones que correspondan en aplicación de los respectivos Códigos de Ética Profesional.
- Se exceptúan de la reserva de la información relativa al acto médico en los casos siguientes:
 - a) Cuando hubiere consentimiento por escrito del paciente;
 - b) Cuando sea requerida por la autoridad judicial competente;

- c) Cuando fuere utilizada con fines académicos o de investigación científica, siempre que la información obtenida de la historia clínica se consigne en forma anónima;
- d) Cuando fuere proporcionada a familiares o allegados del paciente con el propósito de beneficiarlo, siempre que éste no lo prohíba expresamente;
- e) Cuando versare sobre enfermedades y daños de declaración y notificación obligatorias, siempre que sea proporcionada a la Autoridad de Salud;
- f) Cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora o administradora de financiamiento vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría; y,
- g) Cuando fuere necesaria para mantener la continuidad de la atención médica al paciente.

En relación con la atención de los pacientes, el Artículo 29 indica que el acto médico “debe estar sustentado en una historia clínica veraz y suficiente que contenga las prácticas y procedimientos aplicados al paciente para resolver el problema de salud diagnosticado”. Además, el mismo artículo establece que “el médico y el cirujano-dentista quedan obligados a proporcionar copia de la historia clínica al paciente en caso que éste o su representante lo solicite. El interesado asume el costo que supone el pedido”.

Finalmente, en el Artículo 48 se establece la solidaridad entre el centro de salud y sus médicos. Este artículo indica lo siguiente: “el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo es solidariamente responsable por los daños y perjuicios que se ocasionan al paciente, derivados del ejercicio negligente imprudente o imperito de las actividades de los profesionales, técnicos o auxiliares que se desempeñan en éste con relación de dependencia”. Además, el centro de salud “es exclusivamente responsable por los daños y perjuicios que se ocasionan al paciente por no haber dispuesto o brindado los medios que hubieren evitado que ellos se produjeran, siempre que la disposición de dichos medios sea exigible atendiendo a la naturaleza del servicio que ofrece”.

2. Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo N° 29783

Esta Ley fue promulgada en el año 2012, y se basa en los siguientes principios:

- a. Prevención
- b. Responsabilidad
- c. Cooperación
- d. Información y Capacitación
- e. Gestión integral
- f. Atención integral de la salud
- g. Consulta y Participación
- h. Primacía de la realidad
- i. Protección

Esta Ley es el principal motor de la demanda por evaluaciones de salud ocupacional, ya que en su Artículo 49 establece que el empleador está obligado a “practicar exámenes médicos antes, durante y al término de la relación laboral a los trabajadores, acordes con los riesgos a los que están expuestos en sus labores, a cargo de su empleador” (Congreso de la República, 2011). También se establece que el empleador debe prestar atención al enfoque de género desde la evaluación inicial (Artículo 66), así como a los adolescentes (Artículo 67).

3. Decreto Supremo 055-2010-EM: Reglamento de Seguridad y Salud

Ocupacional y otras Medidas Complementarias en Minería.

La presente norma se encuentra conformada por 396 artículos, 31 anexos y tres guías. Entre los aspectos relevantes se encuentra el referido a las obligaciones que deben cumplir los trabajadores mineros dentro de las instalaciones así como las condiciones de seguridad que éstas deben reunir para efectos de la protección de dichos trabajadores, entre otros aspectos de interés.

Deberá elaborarse un Sistema de Gestión por cada Unidad Minera con participación del Titular Minero, las Empresas Contratistas, Sub Contratistas y sus Trabajadores. Esto con el fin de gestionar reglamentar adecuadamente los aspectos referidos a bienestar, escuelas, recreación, servicios de asistencia social y de salud. Toda empresa con 25 o más trabajadores, entre los cuales se cuentan los trabajadores de las Contratistas Mineras, deberán formar un Comité de Seguridad y Salud Ocupacional (CSSO) por cada Unidad Minera. Si tuviesen menos de 25 trabajadores entonces deberá nombrarse un Supervisor de Seguridad y Salud Ocupacional por cada Unidad Minera. Corresponde al empleador designar un Gerente para el Programa de Seguridad y Salud Ocupacional, el cual debe tener cinco años de experiencia mínima en minería y tres años en seguridad y salud ocupacional. Esta persona es la responsable de elaborar el Programa Anual.

En este Decreto Supremo, además de lo anterior, se han incrementado las horas de capacitación en seguridad que debe recibir cada trabajador, y al final de la misma se le emitirá un certificado. También se han modificado los formatos de los exámenes médicos ocupacionales, con exámenes especiales para los trabajos con altitudes superiores a los 2,500 m.s.n.m.

Para la atención de emergencias, el titular minero está obligado a otorgar gratuitamente estas atenciones a todos los trabajadores, para lo cual tiene que poseer un centro asistencial de carácter permanente, a cargo de un médico y personal de enfermería. Los pequeños productores mineros y productores mineros artesanales contarán con un centro asistencial permanente. Los equipos de trabajo reducidos en actividades itinerantes deberán contar con un trabajador capacitado en primeros auxilios y un botiquín.

4. Decreto Supremo 013-2006 SA: Reglamento de Servicios de Salud.

En este decreto se regulan las condiciones y características de los servicios de salud, en base a los siguientes capítulos: (a) de la planta física, (b) del personal, (c) de los

establecimientos sin internamiento, (d) de los establecimientos con internamiento, (e) del servicio de atención de emergencias, (f) de los servicios médicos de apoyo, (g) de la garantía de calidad en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, (h) de la verificación y sanitaria, y (i) de las multas y sanciones.

Se establece que los centros de salud funcionan bajo la responsabilidad técnica de un Directos Médico. La responsabilidad que afecta a este director alcanza también a los propietarios del centro de salud. Previo a dar inicio a sus actividades todo establecimiento de salud debe contar con su reglamento interno, así como otros documentos de gestión. Estos centros de servicios conexos y de apoyo no requieren de una autorización sanitaria para iniciar sus operaciones.

Sin embargo en el Artículo 7° se establece que dentro de los 30 primeros días después de aperturado el centro de salud se debe enviar una comunicación con carácter de declaración jurada brindando información y garantizando la calidad y la seguridad en la atención. Los establecimientos se clasifican en dos, con internamiento y sin internamiento.

Este decreto presenta información detallada sobre la planta física la cual debe tomarse en cuenta para el diseño de la misma. También delinea las funciones del Director Médico y de otros profesionales, siendo esta la base para la elaboración de los perfiles de cargo.

Apéndice B: Entrevista a Carlos Álvarez de SG NATCLAR S.A.C.

Nombre: Carlos Álvarez C.

Cargo: Gerente General

Organización: SG NATCLAR S.A.C.

Fecha: 6 de octubre de 2014

1. ¿En qué se diferencian las distintas empresas de salud ocupacional que hay en el mercado peruano? En calidad de la prestación.
2. ¿Cuáles son las empresas líderes? Plan Vital, Salud Laboris, Clínica del Trabajador, AUNA, SANA, pero no tengo información de la participación de estos.
3. ¿Cómo captan sus clientes las empresas de salud ocupacional? Lo hacen a través del *marketing* relacional, y participando en licitaciones que convocan las grandes empresas del país.
4. ¿Qué servicios ofrecen? Se hace el examen médico ocupacional, pero también la gestión de SO en operaciones, y evaluaciones de riesgo ocupacional.
5. ¿Cómo definiría la calidad en el servicio que brindan? Nosotros hacemos encuestas de satisfacción trimestral como parte de nuestro sistema de calidad ISO 9001:2008, y en estas tenemos un ponderado de 4.4 a 4.7 en un rango de uno a cinco.
6. ¿Considera usted que el entorno actual le ofrece oportunidades para el crecimiento a las empresas de salud ocupacional? ¿O será que representa alguna amenaza? El entorno actual te da oportunidades para el crecimiento siempre que atiendas las necesidades del cliente (empresas), estas necesidades se engloban en confiabilidad, oportunidad e integridad en los resultados.
7. ¿Cuánto factura en total la industria de salud ocupacional en el Perú? Y ¿cuánto crece anualmente? Debe de estar facturando unos 80 a 100 millones de dólares, crece en 15 a 20 % anual.

8. ¿Se ha incrementado o ha disminuido la utilidad en esta industria? Depende de cuan eficiente sean tus procesos.
9. ¿De qué depende que una empresa proveedora de servicios de salud ocupacional obtenga utilidades? De la eficiencia de sus procesos.
10. ¿Se requiere de alta inversión para poder constituir una empresa de salud ocupacional? ¿Cuáles son las principales barreras para crear una empresa de este tipo?
La inversión para ser competitivo si es alto, las principales barreras son la falta de mano de obra calificada para este tipo de servicio.
11. ¿Es fácil conseguir el recurso humano que necesitan? O ¿tienen ustedes planes de formación y de capacitación constante? La oferta de RR.HH. calificados es insuficiente o lo que es peor no hay oferta (audiólogas), por lo que debes de tener tu centro de formación.
12. ¿Considera usted que en el Perú hay investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios en el área de salud ocupacional o por el contrario se importa o se copia lo nuevo? Hay de los dos, pero prima el traer lo que están haciendo fuera.
13. ¿Se utiliza en el Perú tecnología de punta en materia de salud ocupacional? En algunos casos, depende del proveedor.
14. ¿Qué tipo de sistemas de información utilizan las empresas de salud ocupacional?
¿Cómo coordinan los turnos, la ubicación del personal? ¿Cómo se comunican entre ellos? ¿Tienen sistemas contables? Nosotros tenemos una Historia Clínica electrónica única por paciente, con estándar HL, tenemos sistema contable SAP.

Apéndice C: Entrevista a Jaime Flores de MEDCORP

Nombre: Jaime Flores Palomino

Cargo: Director Médico – Gestor de Proyectos

Organización: MEDCORP

Fecha: 2 de octubre de 2014

1. ¿Existe alguna organización o asociación que agrupe a las distintas empresas que se encargan de brindar servicios de salud ocupacional?

No conozco. Existen sociedades científicas tipo SOMOMA (Sociedad de Medicina Ocupacional y Medio Ambiente), SOPESO (Sociedad Peruana de Salud Ocupacional) y APEHO (Asociación Peruana de Higiene Ocupacional) con carácter científico y académico.

2. ¿En qué se diferencian las distintas empresas de salud ocupacional que hay en el mercado peruano?

En mi concepto se pueden clasificar en:

- Básicas: actividades básicas tipo capacitaciones y EMO (Evaluación Médico Ocupacional)
- Intermedias: además de lo anterior pueden asesorar e implementar
- Avanzadas: además de los 02 anteriores que puedan hacer gestionar, hacer intervenciones, auditar y realizar monitoreos.

Además, hay empresas de salud que abren la línea de Salud Ocupacional (sin tener experiencia en ello) y hay otras que se crean a partir de la experiencia de profesionales involucrados en la gestión de riesgos. Hay para todos los gustos y todos los bolsillos. Además hay otras que se manejan con mucha mercadotecnia y aparato comercial.

3. ¿Cuáles son las empresas líderes?

Si por líder se entiende la mayor cantidad de pacientes atendidos o de facturación, personalmente consideraría las siguientes:

- Natclar
- Plan Vital
- Cantella

4. ¿Cómo captan sus clientes las empresas de salud ocupacional?

Por visitadoras, por avisos publicitarios, correo electrónico”.

5. ¿Qué servicios ofrecen?

- EMO (Evaluación Médico Ocupacional)
- Personal médico
- Asesoría
- Monitoreos de higiene

6. ¿Cómo definiría la calidad en el servicio que brindan?

La calidad depende que parámetros contemplan como requisitos de calidad. La mayoría de clientes quieren que el servicio se les brinde rápidamente (el mismo día) pero la mayoría lo entrega luego de 48 horas a más.

7. ¿Considera usted que el entorno actual le ofrece oportunidades para el crecimiento a las empresas de salud ocupacional? ¿O será que representa alguna amenaza?

La legislación abrió un nicho interesante, pero como todo nicho interesante en el Perú, se está volviendo una moda. Cuando haya tanta oferta de servicios (de diferente calidad) los precios van a bajar definitivamente.

8. ¿Cuánto factura en total la industria de salud ocupacional en el Perú? Y ¿cuánto crece anualmente?

Mínimamente un millón al año, aproximadamente. No hay datos exactos de eso, pero puede llegar a varios millones quizás.

9. ¿Se ha incrementado o ha disminuido la utilidad en esta industria?

No ha aumentado con la expectativa que uno esperaba.

10. ¿De qué depende que una empresa proveedora de servicios de salud ocupacional obtenga utilidades?

De las ventas, de la inversión o reinversión que se haga.

11. ¿Se requiere de alta inversión para poder constituir una empresa de salud ocupacional? ¿Cuáles son las principales barreras para crear una empresa de este tipo?

Si, permisos, licencias.

12. ¿Es fácil conseguir el recurso humano que necesitan? O ¿tienen ustedes planes de formación y de capacitación constante?

No, puede uno demorarse entre 2 a 4 semanas. Si tenemos planificado hacer escuelita al respecto.

13. ¿Considera usted que en el Perú hay investigación y desarrollo de nuevos productos o servicios en el área de salud ocupacional o por el contrario se importa o se copia lo nuevo?

No se innova.

14. ¿Se utiliza en el Perú tecnología de punta en materia de salud ocupacional?

Probablemente haya tecnología de punta pero como casos aislados.

15. ¿Qué tipo de sistemas de información utilizan las empresas de salud ocupacional?

¿Cómo coordinan los turnos, la ubicación del personal? ¿Cómo se comunican entre ellos? ¿Tienen sistemas contables?

ERP's en salud. Se coordinan telefónicamente o como citas via web. La comunicación por correo electrónico. Algunas tienen sistemas contables".

Apéndice D: Servicios de Salud Ocupacional Acreditados por DIGESA (Mayo 2014)

N	RAZON SOCIAL	DISTRITO	DEPARTAMENTO
1	AC OCCUPATIONAL HEALT CONSULTING S.A.C. AC MEDICAL	LA VICTORIA	LIMA
2	ADMINISTRADORA CLINICA RICARDO PALMA S.A.	SAN ISIDRO	LIMA
3	ADMINISTRADORA CLINICA TRESA S.A	PARIÑAS	PIURA
4	ADMINISTRADORA DE SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL S.A.C - CLINICA OCUPACIONAL MEDCORP	LINCE	LIMA
5	ASOCIACION PASTORAL DE SERVICIOS MEDICOS ASISTENCIALES CLINICA ADVENTISTA ANA STAHL DE LA IGLESIA ADVENTISTA DEL SEPTIMO DIA	IQUITOS	LORETO
6	ALFA MEDICA SM SAC	AREQUIPA	AREQUIPA
7	ASOCIACION PRO VIDA PADRE BRUNO TRAVERSO	CHORRILLOS	LIMA
8	B. BIOS INTERNATIONAL	SURQUILLO	LIMA
9	BIO-LAB ICA	ICA	ICA
10	CARDIO CLINIC	SURCO	LIMA
11	CASTAÑEDA Y CASTAÑEDA SAC	JESUS MARIA	LIMA
12	CENTRAL COOP DE SERVICIOS SERVIPERU LTDA	JESUS MARIA	LIMA
13	CENTRO DE DIAGNOSTICO LA ROSA TORO 990 E.I.R.L. - CENTRO MEDICO SANTA RITA	SAN LUIS	LIMA
14	CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS GUADALUPE E.I.R.L.	LOS OLIVOS	LIMA
15	CENTRO ESPECIALIZADO DE DIAGNOSTICO EN SALUD OCUPACIONAL SANNOE S.A.C.	JESUS MARIA	LIMA
16	CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS MEDICOS "BAYOVAR" S.A.C. - CISMEDIC	SECHURA	PIURA
17	EJERCITO PERUANO	CASTILLA	PIURA
18	CENTRO MEDICO CLINICA LAS PALMERAS SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - C.M. LAS PALMERAS S.A.C.	SAN ISIDRO	LIMA
19	CENTRO MEDICO CLINICA SAN JUDAS TADEO SA	SAN MIGUEL	LIMA
20	CENTRO MEDICO CRISTO REDENTOR E.I.R.L.	TRUJILLO	LA LIBERTAD
21	CENTRO MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL DESIERTO DE SECHURA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	SECHURA	PIURA
22	CENTRO MEDICO ESPERANZA	LA MOLINA	LIMA
23	CENTRO MEDICO SANTA RITA	SAN BORJA	LIMA
24	CENTRO MEDICO VESALIO SAC	SAN BORJA	LIMA
25	CEPRIT	AREQUIPA	AREQUIPA
26	CLINICA CHORRILLOS	CHORRILLOS	LIMA
27	CLINICA DE SALUD OCUPACIONAL PREVENTIVA S.A.C.	CHICLAYO	LAMBAYEQUE
28	CLINICA DEL TRABAJADOR SAC	SAN BORJA	LIMA
29	CLINICA GOOD HOPE	MIRAFLORES	LIMA
30	CLINICA INTERNACIONAL S. A.	LIMA	LIMA
31	CLINICA MEDICA CAYETANO HEREDIA	SAN MARTIN DE PORRES	LIMA
32	CLINICA PERUANO BRASILEIRO E.I.R.L.	JULIACA	PUNO
33	CLINICA QUIRURGICA SANTA MARIA S.A.	SURQUILLO	LIMA
34	CLINICA RAMAZINNI S.A.C.	HUACHO	LIMA
35	CLINICA REPROMEDIC	LIMA	LIMA
36	CLINICA SAN ANTONIO S.A.C	TRUJILLO	LA LIBERTAD

N	RAZON SOCIAL	DISTRITO	DEPARTAMENTO
37	CLINICA SAN GABRIEL S.A.C	SAN MIGUEL	LIMA
38	CLINICA SAN LORENZO E.I.R.L.	CAJAMARCA	CAJAMARCA
39	CLINICA SAN PABLO S.A.C.	SANTIAGO DE SURCO	LIMA
40	CLINICA STELLA MARIS	LIMA	LIMA
41	CONTROL SALUD S.A.C.	TRUJILLO	LA LIBERTAD
42	CORPORACIÓN DE SERVICIOS OCUPACIONALES COSMO	SAN MIGUEL	LIMA
43	CORPORACION S.G. Y S S.A.G.	TACNA	TACNA
44	CRUZ DIVINA E.I.R.L.	LIMA	LIMA
45	EMPRESA CENTRO MEDICO SAN RAFAEL S.R.L.	LIMA	LIMA
46	EMPRESA MUNICIPAL SANTIAGO DE SURCO S.A. - EMUS	SANTIAGO DE SURCO	LIMA
47	EPS ENLACE MEDICO FINANCIERO SAC	MAGDALENA DEL MAR	LIMA
48	ESPECIALIDADES MEDICAS UNIVERSAL S.A.	SAN BORJA	LIMA
49	EVELYN BUSTAMANTE	CERCADO	LIMA
50	FNC MEDICAL CENTER CENTRO DE DIAGNOSTICO SAC	HUARAZ	ANCASH
51	FMC MEDICAL CENTER CENTRO DE DIAGNOSTICO	LIMA	LIMA
52	FUZION MEDICA S.A.C.	SURCO	LIMA
53	GARCIA BRAGANINI SRL	AREQUIPA	AREQUIPA
54	GESTION OPTIMA S.A.C.	LINCE	LIMA
55	GLOBAL CONSULTING CORPORATION S.A.C.	BREÑA	LIMA
56	GRUPO JAMPPIX JUNIN S.A.C.	PUEBLO LIBRE	LIMA
57	GRUPO MWC	PUEBLO LIBRE	LIMA
58	HEALTH AND SAFETY OCCUPATIONAL S.A.C.	JUNIN	JUNIN
59	HIDMOR SERVICIOS GENERALES SRL	CAJAMARCA	CAJAMARCA
60	HOLOMEDIC SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - HOLOMEDIC S.A.C.	SURQUILLO	LIMA
61	HOSPITAL SAN JOSE	CALLAO	LIMA
62	INNOMEDIC INTERNATIONAL E.I.R.L	LA VICTORIA	LIMA
63	INNOVA MEDIC INTERNATIONAL	SAN BORJA	LIMA
64	INSTITUTO DE IMAGENES MEDICAS S.A.C.(ANTES CONSULTORIO ECOGRAFICO ELIZABETH CALDERON EIRL)	LIMA	LIMA
65	INSTITUTO DE SALUD OCUPACIONAL E.I.R.L. - INSAD	LA VICTORIA	LIMA
66	INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL SAC	LIMA	LIMA
67	INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - ISSO MEDIC	MIRAFLORES	LIMA
68	INTEGRAMEDICA PERU S.A.C.	INDEPENDENCIA	LIMA
69	INTEGRA SALUD SERVICIOS MÉDICOS SAC	LIMA	LIMA
70	INVERCONSULT S.A.	SAN MIGUEL	LIMA
71	IPC CENTRO DE SALUD INTEGRAL S.A.	SAN ISIDRO	LIMA
72	JOBMEDIC SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - JOBMEDIC S.A.C.	SURQUILLO	LIMA
73	JUAN CARLOS CHUNGA CHAVEZ E.I.R.L.	JESUS MARIA	LIMA
74	LABORAL MEDICAL SERVICES EIRL	MIRAFLORES	LIMA
75	LABORATORIO CLINICO INMUNOLOGICO CANTELLA	SAN ISIDRO	LIMA

N	RAZON SOCIAL	DISTRITO	DEPARTAMENTO
76	LEZAMA CONSULTORES DE SALUD OCUPACIONAL SOCIEDAD CIVIL DE RESPONSABILIDAD LIMITADA	TRUJILLO	LA LIBERTAD
77	LUCE MEDIC S.A.	LA VICTORIA	LIMA
78	M & ST SALUD S.A.C	CHORRILLOS	LIMA
79	MARIA GRAÑA OTTONE SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	SANTIAGO DE SURCO	LIMA
80	MAVIMEDIC EMPRESA INDIVIDUAL DE RESPONSABILIDAD LIMITADA - MAVIMEDIC E.I.R.L.	SAN BORJA	LIMA
81	MED VISA SALUD	INDEPENDENCIA	LIMA
82	MEDCAM	LOS OLIVOS	LIMA
83	MEDIC DENTAL SMILE E.I.R.L.	SANTIAGO DE SURCO	LIMA
84	MEDICAL CARE SERVICIOS	BREÑA	LIMA
85	MEDICAL CENTER S.A.	MIRAFLORES	LIMA
86	MEDICAL PLUS S.A.C	MEDICAL PLUS S.A.C	Lima
87	MEDICHECK CENTER S.A.C.	LINCE	LIMA
88	MEDICINA EMPRESARIAL DE PREVENCIÓN EN SALUD OCUPACIONAL S.A.C.	SAN MIGUEL	LIMA
89	MEDICINA EXTERNA S.A. MEDEX	SAN ISIDRO	LIMA
90	MEDLAB CANTELLA COLICHON S.A.C.	MIRAFLORES	LIMA
91	MEDSALUD S.A.C.	SAN MARTIN DE PORRES	LIMA
92	MEDSOLUTIONS SAC	MAGDALENA DEL MAR	LIMA
93	MEDICOS SALUD UNION EN ALERTA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	SURQUILLO	LIMA
94	MILENIUM SALUD - DALETH LAB S.A.C	MIRAFLORES	LIMA
95	MPI GROUP S.A.C.	SAN BORJA	LIMA
96	NOVA MEDIC SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS SAC	EL AGUSTINO	LIMA
97	NUESTRA SENORA DEL SAGRADO CORAZON	PUEBLO LIBRE	LIMA
98	OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY SERVICES S.A.C.	TRUJILLO	LA LIBERTAD
99	OCCUPATIONAL HEALTH S.A.C.	INDEPENDENCIA	LIMA
100	ODAWARA LABORATORIOS SRL "ODALAB SRL"	SURQUILLO	LIMA
101	OMNIA MEDICA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	SAN BORJA	LIMA
102	ORGANIZACION IBEROAMERICANA DE SALUD OCUPACIONAL S.A.C.	SURQUILLO	LIMA
103	POLICLINICO DE LA SALUD Y MEDICINA INTEGRAL	AREQUIPA	AREQUIPA
104	POLICLINICO DIVINO NIÑO	AREQUIPA	AREQUIPA
105	POLICLINICO MEDICARE S.A.C.	LOS OLIVOS	LIMA
106	POLICLINICO SANTO DOMIGO	CALLAO	LIMA
107	PREVECON SAC	LIMA	LIMA
108	PREVIMEDIC	LURIGANCHO	LIMA
109	PREVENCIÓNES OCUPACIONALES DE SALUD S.A.C. - PREVENSA OCUPACIONAL S.A.C	MAGDALENA DEL MAR	LIMA
110	PROMOTORA ASISTENCIAL S.A.C. CLINICA LIMATAMBO	SAN ISIDRO	LIMA
111	POLICLINICO EL PALMAR	SANTIAGO DE SURCO	LIMA
112	RED SALUD SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	JESUS MARIA	LIMA
113	S&M SERVICIOS DE SALUD SAC.	COMAS	LIMA
114	S.G. NATCLAR S.A.C.	SANTIAGO DE SURCO	LIMA

N	RAZON SOCIAL	DISTRITO	DEPARTAMENTO
115	SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL SAN GABRIEL	AREQUIPA	AREQUIPA
116	SALUD OCUPACIONAL NORTE S.A.C.	TRUJILLO	LA LIBERTAD
117	SALUS LABORIS S.A.C.	SAN ISIDRO	LIMA
118	SALUD TOTAL	SAN ISIDRO	LIMA
119	SAN LUIS MEDIC SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	INDEPENDENCIA	LIMA
120	SERVICIO MEDICOS INTEGRADOS SRL	AREQUIPA	AREQUIPA
121	SERVICIOS DE SALUD LOS FRESNOS S.A.C.	CAJAMARCA	CAJAMARCA
122	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD PREVENTIVA S.C.R.L.	SAN ISIDRO	LIMA
123	SERVICIOS MEDICOS CLINICA SANTA ANITA S.R. Ltda.	IQUITOS	LORETO
124	SERVICIOS MEDICOS EL TREBOL SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	LOS OLIVOS	LIMA
125	SERVICIOS MEDICOS JBR S.A.C.	SAN JUAN DE LURIGANCHO	LIMA
126	SERVICIOS MEDICOS NATANAEL S.A.C.	JESUS MARIA	LIMA
127	SERVICIOS GENERALES SERFARMED S.Y.S S.A	CALLERIA/CORONEL PORTILLO	UCAYALI
128	SERVIMEDIC SERVICIOS Y PROGRAMAS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.C.	LINCE	LIMA
129	SERVIMEDICOS SAC	CHICLAYO	LAMBAYEQUE
130	SIMEDIC DIAGNOSTICA SAC	PIURA	PIURA
131	SOMA SALUD OCUPACIONAL	AREQUIPA	AREQUIPA
132	SUIZA LAB S.A.C.	MIRAFLORES	LIMA
133	TELEMEDICINA DE PERU S.A. - ITMS PERU SA	MIRAFLORES	LIMA
134	TUCUMAN E.I.R.L.	SAN JUAN DE LURIGANCHO	LIMA
135	VELASALUD EMPRESAS DE SALUD INTEGRAL	V.M. DEL TRIUNFO	LIMA

Apéndice E: Muestra de la Investigación

N	RAZON SOCIAL	DISTRITO	DEPARTAMENTO
1	AC OCCUPATIONAL HEALT CONSULTING S.A.C. AC MEDICAL	LA VICTORIA	LIMA
2	ADMINISTRADORA DE SERVICIOS EN SALUD OCUPACIONAL S.A.C - CLINICA OCUPACIONAL MEDCORP	LINCE	LIMA
3	ALFA MEDICA SM SAC	AREQUIPA	AREQUIPA
4	ASOCIACION PRO VIDA PADRE BRUNO TRAVERSO	CHORRILLOS	LIMA
5	B. BIOS INTERNATIONAL	SURQUILLO	LIMA
6	BIO-LAB ICA	ICA	ICA
7	CARDIO CLINIC	SURCO	LIMA
8	CASTAÑEDA Y CASTAÑEDA SAC	JESUS MARIA	LIMA
9	CENTRAL COOP DE SERVICIOS SERVIPERU LTDA	JESUS MARIA	LIMA
10	CENTRO DE DIAGNOSTICO LA ROSA TORO 990 E.I.R.L. - CENTRO MEDICO SANTA RITA	SAN LUIS	LIMA
11	CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS GUADALUPE E.I.R.L.	LOS OLIVOS	LIMA
12	CENTRO ESPECIALIZADO DE DIAGNOSTICO EN SALUD OCUPACIONAL SANNOE S.A.C.	JESUS MARIA	LIMA
13	CENTRO MEDICO CLINICA SAN JUDAS TADEO SA	SAN MIGUEL	LIMA
14	CENTRO MEDICO ESPERANZA	LA MOLINA	LIMA
15	CENTRO MEDICO SANTA RITA	SAN BORJA	LIMA
16	CENTRO MEDICO VESALIO SAC	SAN BORJA	LIMA
17	CEPRIT	AREQUIPA	AREQUIPA
18	CLINICA CHORRILLOS	CHORRILLOS	LIMA
19	CLINICA DEL TRABAJADOR SAC	SAN BORJA	LIMA
20	CLINICA GOOD HOPE	MIRAFLORES	LIMA
21	CLINICA INTERNACIONAL S. A.	LIMA	LIMA
22	CLINICA MEDICA CAYETANO HEREDIA	SAN MARTIN DE PORRES	LIMA
23	CLINICA QUIRURGICA SANTA MARIA S.A.	SURQUILLO	LIMA
24	CLINICA RAMAZINNI S.A.C.	HUACHO	LIMA
25	CLINICA REPROMEDIC	LIMA	LIMA
26	CLINICA SAN PABLO S.A.C.	SANTIAGO DE SURCO	LIMA
27	CLINICA STELLA MARIS	LIMA	LIMA
28	CORPORACIÓN DE SERVICIOS OCUPACIONALES COSMO	SAN MIGUEL	LIMA
29	CRUZ DIVINA E.I.R.L.	LIMA	LIMA
30	EMPRESA MUNICIPAL SANTIAGO DE SURCO S.A. - EMUS	SANTIAGO DE SURCO	LIMA
31	EPS ENLACE MEDICO FINANCIERO SAC	MAGDALENA DEL MAR	LIMA
32	ESPECIALIDADES MEDICAS UNIVERSAL S.A.	SAN BORJA	LIMA
33	EVELYN BUSTAMANTE	CERCADO	LIMA
34	FNC MEDICAL CENTER CENTRO DE DIAGNOSTICO SAC	HUARAZ	ANCASH
35	FMC MEDICAL CENTER CENTRO DE DIAGNOSTICO	LIMA	LIMA
36	GARCIA BRAGANINI SRL	AREQUIPA	AREQUIPA
37	GRUPO MWC	PUEBLO LIBRE	LIMA
38	HOLOMEDIC SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - HOLOMEDIC S.A.C.	SURQUILLO	LIMA

N	RAZON SOCIAL	DISTRITO	DEPARTAMENTO
39	HOSPITAL SAN JOSE	CALLAO	LIMA
40	INNOMEDIC INTERNACIONAL E.I.R.L	LA VICTORIA	LIMA
41	INNOVA MEDIC INTERNACIONAL	SAN BORJA	LIMA
42	INSTITUTO DE IMAGENES MEDICAS S.A.C.(ANTES CONSULTORIO ECOGRAFICO ELIZABETH CALDERON EIRL)	LIMA	LIMA
43	INSTITUTO DE SALUD OCUPACIONAL E.I.R.L. - INSAD	LA VICTORIA	LIMA
44	INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL SAC	LIMA	LIMA
45	INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - ISSO MEDIC	MIRAFLORES	LIMA
46	INTEGRAMEDICA PERU S.A.C.	INDEPENDENCIA	LIMA
47	INTEGRA SALUD SERVICIOS MÉDICOS SAC	LIMA	LIMA
48	INVERCONSULT S.A.	SAN MIGUEL	LIMA
49	JOBMEDIC SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - JOBMEDIC S.A.C.	SURQUILLO	LIMA
50	LABORAL MEDICAL SERVICES EIRL	MIRAFLORES	LIMA
51	LABORATORIO CLINICO INMUNOLOGICO CANTELLA	SAN ISIDRO	LIMA
52	M & ST SALUD S.A.C	CHORRILLOS	LIMA
53	MARIA GRAÑA OTTONE SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	SANTIAGO DE SURCO	LIMA
54	MED VISA SALUD	INDEPENDENCIA	LIMA
55	MEDCAM	LOS OLIVOS	LIMA
56	MEDIC DENTAL SMILE E.I.R.L.	SANTIAGO DE SURCO	LIMA
57	MEDICAL CARE SERVICIOS	BREÑA	LIMA
58	MEDICAL CENTER S.A.	MIRAFLORES	LIMA
59	MEDICAL PLUS S.A.C	MEDICAL PLUS S.A.C	Lima
60	MEDLAB CANTELLA COLICHON S.A.C.	MIRAFLORES	LIMA
61	MEDSALUD S.A.C.	SAN MARTIN DE PORRES	LIMA
62	MEDSOLUTIONS SAC	MAGDALENA DEL MAR	LIMA
63	MEDICOS SALUD UNION EN ALERTA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	SURQUILLO	LIMA
64	MILENIUM SALUD - DALETH LAB S.A.C	MIRAFLORES	LIMA
65	MPI GROUP S.A.C.	SAN BORJA	LIMA
66	NOVA MEDIC SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS SAC	EL AGUSTINO	LIMA
67	NUESTRA SENORA DEL SAGRADO CORAZON	PUEBLO LIBRE	LIMA
68	OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY SERVICES S.A.C.	TRUJILLO	LA LIBERTAD
69	OCCUPATIONAL HEALTH S.A.C.	INDEPENDENCIA	LIMA
70	ODAWARA LABORATORIOS SRL "ODALAB SRL"	SURQUILLO	LIMA
71	OMNIA MEDICA SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	SAN BORJA	LIMA
72	ORGANIZACION IBEROAMERICANA DE SALUD OCUPACIONAL S.A.C.	SURQUILLO	LIMA
73	POLICLINICO DE LA SALUD Y MEDICINA INTEGRAL	AREQUIPA	AREQUIPA
74	POLICLINICO DIVINO NIÑO	AREQUIPA	AREQUIPA
75	POLICLINICO MEDICARE S.A.C.	LOS OLIVOS	LIMA
76	POLICLINICO SANTO DOMIGO	CALLAO	LIMA
77	PREVECON SAC	LIMA	LIMA

N	RAZON SOCIAL	DISTRITO	DEPARTAMENTO
78	PREVIMEDIC	LURIGANCHO	LIMA
79	PREVENCIONES OCUPACIONALES DE SALUD S.A.C. - PREVENSA OCUPACIONAL S.A.C	MAGDALENA DEL MAR	LIMA
80	PROMOTORA ASISTENCIAL S.A.C. CLINICA LIMATAMBO	SAN ISIDRO	LIMA
81	POLICLINICO EL PALMAR	SANTIAGO DE SURCO	LIMA
82	RED SALUD SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	JESUS MARIA	LIMA
83	S&M SERVICIOS DE SALUD SAC.	COMAS	LIMA
84	S.G. NATCLAR S.A.C.	SANTIAGO DE SURCO	LIMA
85	SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL SAN GABRIEL	AREQUIPA	AREQUIPA
86	SALUS LABORIS S.A.C.	SAN ISIDRO	LIMA
87	SALUD TOTAL	SAN ISIDRO	LIMA
88	SAN LUIS MEDIC SOCIEDAD ANONIMA CERRADA	INDEPENDENCIA	LIMA
89	SERVICIO MEDICOS INTEGRADOS SRL	AREQUIPA	AREQUIPA
90	SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD PREVENTIVA S.C.R.L.	SAN ISIDRO	LIMA
91	SERVICIOS MEDICOS CLINICA SANTA ANITA S.R. Ltda.	IQUITOS	LORETO
92	SERVICIOS MEDICOS JBR S.A.C.	SAN JUAN DE LURIGANCHO	LIMA
93	SERVICIOS MEDICOS NATANAEL S.A.C.	JESUS MARIA	LIMA
94	SERVIMEDIC SERVICIOS Y PROGRAMAS DE SALUD OCUPACIONAL S.A.C.	LINCE	LIMA
95	SIMEDIC DIAGNOSTICA SAC	PIURA	PIURA
96	SOMA SALUD OCUPACIONAL	AREQUIPA	AREQUIPA
97	SUIZA LAB S.A.C.	MIRAFLORES	LIMA
98	TELEMEDICINA DE PERU S.A. - ITMS PERU SA	MIRAFLORES	LIMA
99	TUCUMAN E.I.R.L.	SAN JUAN DE LURIGANCHO	LIMA
100	VELASALUD EMPRESAS DE SALUD INTEGRAL	V.M. DEL TRIUNFO	LIMA

Apéndice F: Cuestionario TQM para Recolectar Datos

 <p>CENTRUM GRADUATE BUSINESS SCHOOL PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ</p>		Fecha <input style="width: 100px;" type="text"/>				
CUESTIONARIO SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CALIDAD EN LA EMPRESA						
A. Su empresa o Institución está ubicada: a. <input type="checkbox"/> En Lima b. <input type="checkbox"/> En provincia	E. ¿En qué tipo de empresa trabaja? a. <input type="checkbox"/> Manufactura: construcción, fabricación, ensamblaje b. <input type="checkbox"/> Conversión: extracción, transformación, reducción c. <input type="checkbox"/> Reparaciones: reconstrucción, renovación, restauración d. <input type="checkbox"/> Logístico: almacenamiento, transporte, comercial e. <input type="checkbox"/> Seguridad: protección, financiamiento, defensa, orden f. <input type="checkbox"/> Bienestar: salud, educación, asesoría g. <input type="checkbox"/> Otra _____					
B. Su empresa es: a. <input type="checkbox"/> Pública b. <input type="checkbox"/> Privada c. <input type="checkbox"/> Otra (Instituciones) _____						
C. ¿Cuántos trabajadores tiene ? a. 1 a 10 () b. 11 a 50 () c. 51 a 200 () d. 201 a más ()	F. ¿Cuántos años de fundada tiene su empresa? a. <input type="checkbox"/> 0 - 5 b. <input type="checkbox"/> 6 - 10 c. <input type="checkbox"/> 11 - 15 d. <input type="checkbox"/> 16 - 20 e. <input type="checkbox"/> Más de 20					
D. Su cargo es: a. <input type="checkbox"/> Presidente de Directorio o Gerente General b. <input type="checkbox"/> Gerente de Area o Jefe de Departamento c. <input type="checkbox"/> Otro _____	G. Su empresa ¿cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
	H. Indique qué Sistema de Gestión de Calidad cuenta su empresa _____					
	I. Indique el tiempo que su empresa cuenta con Sistema de Gestión de Calidad a. De 1 a 3 años () b. De 4 a 7 años () c. De 8 a más años ()					
NOTA: ES IMPORTANTE QUE MARQUE LA SITUACIÓN REAL ACTUAL DE SU EMPRESA Después de cada enunciado marque con un aspa (x) en la escala el nivel que más representa su opinión.						
	Preguntas	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutro	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	La empresa implementa el control de calidad con eficacia.					
2	La empresa está capacitada para realizar círculos de calidad					
3	El "benchmarking" se utiliza ampliamente en la empresa.					
4	La mayoría de los empleados de la empresa son capaces de utilizar las herramientas para la gestión de la calidad.					
5	La empresa tiene metas específicas y detalladas en cuanto a la calidad.					
6	La alta gerencia alienta firmemente la participación de los empleados en la Gestión de la Calidad.					
7	La empresa posee información detallada acerca del desempeño de los proveedores en cuanto a calidad.					
8	La alta gerencia proporciona los recursos apropiados para elevar el nivel de la calidad.					
9	La empresa lleva a cabo una encuesta de satisfacción del cliente todos los años.					

10	El personal de todos los niveles de la empresa presta atención a la información sobre las quejas de los clientes.					
11	Los empleados de la empresa se encuentran activamente involucrados en las actividades relacionadas con la calidad.					
12	Las instalaciones y la disposición física del equipo operativo en la empresa funcionan apropiadamente.					
13	La empresa ha establecido relaciones de cooperación a largo plazo con sus proveedores.					
14	La alta gerencia busca el éxito de la empresa a largo plazo.					
15	La calidad de los productos que los proveedores suministran a la empresa es adecuada.					
16	El proceso operativo en la empresa satisface los requerimientos de plazo de entrega de los clientes.					
17	La empresa ha obtenido ahorros por los círculos de calidad.					
18	La mayoría de empleados de la empresa reciben educación y entrenamiento en cuanto a calidad.					
19	La empresa cuenta con medios para obtener información sobre los clientes.					
20	Los equipos operativos de la empresa reciben buen mantenimiento.					
21	La alta gerencia participa activamente en la Gestión de la Calidad en la empresa.					
22	La empresa obtiene datos objetivos para la toma de decisiones					
23	La empresa evalúa regularmente sus políticas y planes de la calidad.					
24	La empresa realiza una evaluación general de los requerimientos de los clientes.					
25	Se utilizan las herramientas adecuadas para realizar los círculos de calidad en la empresa.					
26	La mayoría de los empleados de la empresa realiza actividades de círculos de calidad.					
27	La empresa presta atención al cumplimiento y éxito de sus políticas y planes relacionados con la calidad					
28	La empresa utiliza las siete herramientas de Control de la Calidad para el control y mejoramiento del proceso (Diagrama de Flujo, Diagrama de Ishikawa o Causa - Efecto, Lista de Verificación, Diagrama de Pareto, Histograma, Gráficos de Control, Diagrama de Relaciones).					
29	La alta gerencia se reúne de manera regular para discutir temas relacionados con la Gestión de la Calidad.					
30	La conciencia de los trabajadores de la empresa hacia la calidad es fuerte.					
31	La empresa invierte en el diseño del producto.					
32	Los requerimientos de los clientes son plenamente considerados en el diseño del producto.					
33	La empresa involucra a sus empleados para hacer las políticas y planes de calidad.					
34	La empresa realiza auditorías o evaluaciones de sus proveedores.					
35	La empresa tiene un método para desarrollar el diseño del producto.					

Apéndice G: Tabla de Frecuencia de los Enunciados

Preguntas	Totalmente en Desacuerdo	En Desacuerdo	Neutro	Deacuerdo	Totalmente Deacuerdo
1. La empresa implementa el control de calidad con eficacia	0	1	19	66	14
2. La empresa está capacitada para realizar círculos de calidad	0	8	24	57	11
3. El "benchmarking" se utiliza ampliamente en la empresa	0	9	23	57	11
4. La mayoría de los empleados de la empresa son capaces de utilizar las herramientas para la gestión de la calidad	0	3	28	57	12
5. La empresa tiene metas específicas y detalladas en cuanto a la calidad	0	0	12	66	22
6. La alta gerencia alienta firmemente la participación de los empleados en la Gestión de la	0	3	12	62	23
7. La empresa posee información detallada acerca del desempeño de los proveedores en cuanto a calidad	0	7	16	58	19
8. La alta gerencia proporciona los recursos apropiados para elevar el nivel de la calidad	0	4	8	72	16
9. La empresa lleva a cabo una encuesta de satisfacción del cliente todos los años	1	4	24	44	27
10. El personal de todos los niveles de la empresa presta atención a la información sobre las quejas de los clientes	0	5	16	57	22
11. Los empleados de la empresa se encuentran activamente involucrados en las actividades relacionadas con la calidad	0	0	14	69	17
12. Las instalaciones y la disposición física del equipo operativo en la empresa funcionan apropiadamente	0	2	7	71	20
13. La empresa ha establecido relaciones de cooperación a largo plazo con sus proveedores	0	1	19	68	12
14. La alta gerencia busca el éxito de la empresa a largo plazo	0	2	6	61	31
15. La calidad de los productos que los proveedores suministran a la empresa es adecuada	0	2	6	70	22
16. El proceso operativo en la empresa satisface los requerimientos de plazo de entrega de los clientes	0	3	15	64	18
17. La empresa ha obtenido ahorros por los círculos de calidad	0	9	27	52	12
18. La mayoría de empleados de la empresa reciben educación y entrenamiento en cuanto a calidad	0	2	20	65	13
19. La empresa cuenta con medios para obtener información sobre los clientes	0	4	15	66	15
20. Los equipos operativos de la empresa reciben buen mantenimiento	0	1	8	67	24
21. La alta gerencia participa activamente en la Gestión de la Calidad en la empresa	0	1	9	65	25
22. La empresa obtiene datos objetivos para la toma de decisiones	0	3	13	62	22
23. La empresa evalúa regularmente sus políticas y planes de la calidad	0	4	24	51	21
24. La empresa realiza una evaluación general de los requerimientos de los clientes	0	3	17	63	17
25. Se utilizan las herramientas adecuadas para realizar los círculos de calidad en la empresa	0	17	28	45	10
26. La mayoría de los empleados de la empresa realiza actividades de círculos de calidad	0	21	29	42	8
27. La empresa presta atención al cumplimiento y éxito de sus políticas y planes relacionados con la calidad	0	3	13	64	20
28. La empresa utiliza las siete herramientas de Control de la Calidad para el control y mejoramiento del proceso	0	27	28	35	10
29. La alta gerencia se reúne de manera regular para discutir temas relacionados con la Gestión de la Calidad	0	4	12	71	13
30. La conciencia de los trabajadores de la empresa hacia la calidad es fuerte	0	5	16	65	14
31. La empresa invierte en el diseño del producto	0	3	17	67	13
32. Los requerimientos de los clientes son plenamente considerados en el diseño del	0	1	20	65	14
33. La empresa involucra a sus empleados para hacer las políticas y planes de calidad	0	3	25	60	12
34. La empresa realiza auditorías o evaluaciones de sus proveedores	2	6	18	58	16
35. La empresa tiene un método para desarrollar el diseño del producto	0	2	14	73	11