



**Diagnóstico de la calidad en un hospital de Ayacucho durante la
primera y segunda ola de la pandemia del COVID 19**

**Tesis presentada en satisfacción parcial de los requerimientos para
obtener el grado de Magíster en Gerencia de Servicios de Salud**

por:

Ronald Robert Requiz Reyes

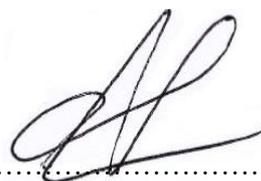
Programa de la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud

Lima, 31 de agosto del 2021

Esta tesis

**Diagnóstico de la calidad en un hospital de Ayacucho durante la
primera y segunda ola de la pandemia del COVID 19**

ha sido aprobada.



.....
Enrique Cárdenas Ojeda (Jurado)



.....
Katia Granados Guibovich (Jurado)



.....
Cesar Neves Catter (Asesor)

Universidad ESAN

2021

AGRADECIMIENTOS

A mis padres

Por su inconmensurable apoyo en mi desarrollo profesional, a pesar las dificultades propias de su salud.

A César Neves Catter

Por total apoyo durante la elaboración y conclusión de esta tesis

ÍNDICE GENERAL

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 2 |
| 1.1. Descripción problemática | 2 |
| 1.2. Formulación del problema..... | 6 |
| 1.3. Objetivos | 6 |
| 1.3.1. Objetivo general..... | 6 |
| 1.3.2. Objetivos específicos..... | 6 |
| 1.4. Justificación | 7 |
| 1.5. Limitantes de la investigación..... | 8 |
| II. MARCO TEÓRICO..... | 9 |
| 2.1. Calidad | 9 |
| 2.1.1. Calidad en salud | 9 |
| 2.1.2. Evaluación de la calidad | 12 |
| 2.1.3. Indicadores de la calidad asistencial de acuerdo con el modelo Donabedia..... | 15 |
| 2.1.3.1. Indicadores de estructura..... | 16 |
| 2.1.3.2. Indicadores de proceso | 18 |
| 2.1.3.3. Indicadores de resultado | 22 |
| 2.2. Antecedentes..... | 25 |
| 2.2.1. Antecedentes internacionales | 25 |
| 2.2.2. Antecedentes nacionales | 28 |
| III. MARCO CONTEXTUAL | 32 |
| 3.1. Calidad de salud en el Perú..... | 32 |
| 3.2. Calidad de salud en contexto de pandemia..... | 35 |
| IV. DISEÑO METODOLÓGICO..... | 37 |
| 4.1. Tipo y diseño de investigación..... | 37 |
| 4.2. Población..... | 38 |
| 4.3. Muestra de estudio cuantitativo | 38 |
| 4.4. Muestra de estudio cualitativo..... | 38 |
| 4.5. Criterios de elegibilidad para obtener muestra de pacientes de estudio cuantitativo..... | 39 |
| 4.6. Criterios de elegibilidad para obtener muestra de pacientes de estudio cualitativo..... | 39 |

| | |
|--|----|
| 4.7. Lugar de estudio..... | 40 |
| 4.8. Técnicas e instrumentos cuantitativos para la recolección de la información | 40 |
| 4.8.1. Descripción del instrumento SERVQUAL | 40 |
| 4.8.2. Descripción del instrumento escala de clima organizacional | 42 |
| 4.8.3. Descripción del instrumento de cultura de seguridad del paciente | 44 |
| 4.8.4. Ficha de recolección de datos: costos en hospitalización..... | 46 |
| 4.9. Técnicas e instrumentos cualitativos para la recolección de la información .. | 46 |
| 4.10. Procedimiento..... | 47 |
| 4.10.1. Recopilación de información | 47 |
| 4.10.2. Elaboración del modelo | 48 |
| 4.10.3. Aplicación del modelo | 48 |
| 4.10.4. Resultados y análisis | 49 |
| 4.10.5. Propuesta de mejora | 49 |
| V. APLICACIÓN DEL MODELO | 50 |
| 5.1. Contexto de la institución | 50 |
| 5.1.1. Hospital II Carlos Tupia García Godos – EsSalud..... | 50 |
| 5.2. Aplicación del modelo en el hospital II Carlos Tupia García Godos de EsSalu..... | 55 |
| 5.2.1. Indicadores de estructura | 55 |
| 5.2.2. Indicadores de proceso | 56 |
| 5.2.3. Indicadores de resultado | 58 |
| VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS CUANTITATIVOS..... | 60 |
| VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS CUALITATIVOS..... | 63 |
| VIII. DISCUSIÓN..... | 65 |
| IX. PROPUESTA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE SERVICIO DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA..... | 71 |
| X. CONCLUSIONES..... | 79 |
| XI. RECOMENDACIONES | 81 |
| XII. BIBLIOGRAFÍA | 82 |

CURRICULUM VITAE DEL AUTOR

RONALD ROBERT REQUIZ REYES

Magíster Gerencia de Servicios de Salud, con estudios de maestría en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente y especialidad en Medicina de Rehabilitación. Con amplia experiencia y capacidad para realizar actividades en el ámbito salud estableciendo políticas ligadas a gerencia y elaboración de programas preventivos de salud ocupacional y medio ambiental. Profundos conocimientos en calidad en salud, ergonomía, evaluación de discapacidad e incapacidad y valoración funcional. Amplia experiencia en manejo de grupos y planificación, facilidad para trabajar en equipo.

FORMACIÓN ACADÉMICA

| | |
|-------------|--|
| 2014-2016 | Universidad ESAN, 2021 Maestría en Gerencia de Servicios de Salud |
| 2015 | Universidad de Florida. Miami, Estados Unidos. Diploma de Internacional en gestión de riesgos en salud. |
| 2012 – 2014 | Universidad Peruana Cayetano Heredia. Maestría en Medicina Ocupacional y Ambiental |
| 2012- 2013 | Universidad Peruana Cayetano Heredia. Diplomado en Medicina Ocupacional y Medio Ambiente. |
| 2010-2012 | Universidad Nacional Mayor de San Marcos Especialidad en Medicina de Rehabilitación. |

| | |
|-----------|---|
| 2008-2009 | Universidad Nacional San Luis Gonzaga Diplomado en Ecografía General |
| 1998-2006 | Universidad Nacional del Centro del Perú. Título de Médico Cirujano. |

EXPERIENCIA LABORAL

| | |
|-----------------|--|
| 2019 a la fecha | Clínica Santo Domingo Director médico |
| 2012 a la fecha | Hospital II Es Salud Ayacucho Médico especialista en Medicina de Rehabilitación. |
| 2012-2019 | Clínica Limatambo Médico especialista en Medicina de Rehabilitación. |
| 2012 – 2013 | Clínica Ricardo Palma Médico especialista en Medicina de Rehabilitación |
| 2010 – 2013 | Instituto Nacional de Rehabilitación “Dra. Adriana Rebaza Flores” Residente en Medicina de Rehabilitación |
| 2009 | Instituto Nacional de Estadística e Informática Supervisor Nacional del ENESA |
| 2007-2010 | La Positiva Seguros y reaseguros |

Médico del programa Familia Sana
2006 – 2007 Ejército Peruano - Batallón de Servicios N° 300 – CIB 5 – San
Martín
Jefe de establecimiento de salud, Médico SERUMS

RESUMEN EJECUTIVO

Maestría en: Gerencia de Servicios de Salud

Título de la Tesis: **“Diagnóstico de la calidad en un hospital de Ayacucho durante la primera y segunda ola de la pandemia del COVID 19”**

Autor: Ronald Robert Requiz Reyes

Resumen:

El presente trabajo de tesis fue realizado en las áreas de hospitalización y consulta externa del Hospital II “Carlos T. García Godos” de Es Salud de Ayacucho, de la provincia de Huamanga durante la primera y segunda ola de la pandemia del coronavirus. El departamento de Ayacucho históricamente presenta un porcentaje importante de pobreza en su población con estándares de calidad medidos de forma parcial. Sumado a este determinante de la salud apareció la pandemia de COVID 19 que ha puesto en desafío todo el sistema de salud del mundo. Asimismo, existe ausencia generalizada de estudios de investigación que midan el grado de calidad asistencial en periodos de crisis. Por lo anteriormente expuesto se propuso la ejecución con la finalidad de medir la calidad asistencial siguiendo la base teórica de Avedis Donabedian. Se planteo una metodología cualitativa y cuantitativa bajo los cimientos de la estructura, procesos y resultados.

El diagnóstico de la calidad se desarrolló con diferentes poblaciones, desde el lado del paciente se midió el grado de satisfacción del paciente usando el instrumento SERVQUAL validado en el país y aceptado por el Ministerio de Salud, para este fin se obtuvo muestras del área de hospitalización y consulta externa. Del lado del trabajador asistencial se realizó la medición de clima organizacional y cultura de seguridad del paciente aquí se utilizó el cuestionario de Clima organizacional de Sonia Palma y Hospital Survey on Patient Safety Culture. Asimismo, se realizó la evaluación de la calidad de registro de las historias clínicas de los pacientes. Para complementar el enfoque cuantitativo se desarrolló un estudio de grupo focal con trabajadores de salud

de diferentes áreas y profesión. Estos datos fueron complementados con indicadores habituales que se miden en las diferentes áreas del sistema de salud. El cual incluye recursos humanos, cantidad de camas, tipo de organización, etc.

Los resultados obtenidos muestran una calidad subóptima de atención en el Hospital II de Huamanga durante el periodo de la primera y segunda ola de la pandemia de COVID 19., la evidencia muestra que existen brechas por mejorar en los diferentes indicadores utilizados de acuerdo con el modelo Donabedian. Si se compara a periodos prepandemia y considerando otras realidades, los resultados sugieren una disminución de la calidad asistencial. Cabe resaltar que los resultados del grupo focal realizados a trabajadores de salud, quienes enfrentaron la pandemia, reforzaron los resultados cuantitativos obtenidos.

Por otro lado, la satisfacción de los pacientes que fueron dados de alta en el Área de Hospitalización COVID 19 alcanzó un nivel de satisfacción global mayor al 70 %, convirtiéndose en una fortaleza a pesar del contexto. Sin embargo, existe la probabilidad de que haya una influencia positiva en la percepción del paciente relacionado con el contexto de la pandemia. El 32,8 % de los trabajadores encuestados en el hospital II de Huamanga tiene una percepción media del clima organizacional,

Se desarrollo un plan de mejora y se planteó una serie de recomendaciones como reducir las estancias hospitalarias, establecer un protocolo para mejorar la productividad en consulta externa y centro quirúrgico, establecer incentivos para alcanzar las metas de productividad, plan de brechas en recursos humanos para unidades de hospitalización y UCI, mejorar tiempos de espera en diferentes unidades, establecer e implementar protocolos de atención para pacientes con COVID 19 en seguridad del paciente y mejorar el clima organizacional con optimización de las líneas de carreras de los profesionales de salud desarrollando estrategias de comunicación institucional.

Finalmente, este trabajo de tesis se presenta a la comunidad científica y gestores de salud con la finalidad de motivar nuevas investigaciones. En el contexto actual se requiere nuevas estrategias para enfrentar los cambios repentinos producto de la volatilidad del virus y su constante desafío al sistema de salud mundial.

Resumen elaborado por el autor.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos meses, a raíz del inicio de la pandemia del coronavirus, el mundo se ha transformado radicalmente. En todos los países, el sistema de salud ha tenido el desafío de soportar y contrarrestar enérgicamente a este enemigo microscópico con la finalidad de generar el máximo bienestar de la población. Por lo mismo, desde que se inició la pandemia, los sistemas de salud del mundo estuvieron expuestos a una alta presión y los países con escasos recursos, con sistemas de salud que presentaban índices de calidad subóptima histórica en salud, han tenido que sostenerse quedando cerca del colapso y, en gran parte, con hospitales desbordados en su capacidad (Llorente et al., 2020).

Se han realizado numerosas investigaciones que permiten valorar la calidad en salud en situaciones de normalidad, sin embargo, la ausencia de investigaciones que permitan una cuantificación de la calidad en situaciones de emergencia o desastre supone una oportunidad para determinar con mayor fiabilidad la calidad en estos escenarios. Asimismo, durante este contexto gran parte de las oficinas o unidades de gestión de la calidad de los diferentes hospitales a nivel nacional han paralizado sus funciones, por lo que parte del recurso humano ha sido desplazado temporalmente a desarrollar otras actividades. Es así como surge la idea de generar una investigación que intente reflejar con mayor exactitud la realidad focalizada en el sistema de salud peruano en un escenario muy particular.

El presente trabajo de tesis tiene como principal objetivo determinar la calidad asistencial de un hospital sometido por la alta demanda de los pacientes con COVID19, para el cual se utilizará una metodología de investigación mixta. Este estudio pretende establecer una línea de base de la calidad asistencial en situación de emergencia y, seguidamente, construir un proyecto de mejora que permita optimizar todos los recursos disponibles que, a su vez, generen un círculo virtuoso de la calidad del servicio.

Para concretar este estudio, se elaboró un método de evaluación de la calidad sustentado en el modelo teórico de Avedis Donabedian que fue aplicado en poblaciones representativas desde la perspectiva del paciente y el profesional de salud que brinda la atención. Finalmente, los diferentes resultados fueron procesados, analizados y presentados para su socialización y publicación.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción problemática

La calidad en salud es un concepto complejo y multidimensional que se ha ido construyendo desde los albores de la humanidad. Es indiscutible la importancia de la calidad en salud en tanto que una gestión adecuada representa un reto para todas las organizaciones. Con los años, diferentes investigaciones demostraron la importancia y los beneficios de brindar servicios de calidad, por lo que estos se han extendido sistemáticamente como parte de las políticas de salud pública, siendo la cobertura universal de la población un indicador de partida para empezar los procesos de mejora de la calidad (Kruk et al., 2018).

En países como Estados Unidos, Canadá y la mayoría de los países europeos se han creado organizaciones con la finalidad de acreditar que los hospitales tengan los estándares mínimos de calidad requeridos (OMS, 2019). El concepto de calidad, por su característica, es multidimensional, por lo que su evaluación o medición requiere de múltiples indicadores. Esta variedad ha ocasionado que existan diferentes modelos para la evaluación y gestión de la calidad, por ejemplo: ISO 9001, EFQM, LEAN, etc. Actualmente, en el país no ha sido posible estandarizar un método que mida la calidad de una organización en salud debido a la complejidad en razón de los múltiples procesos y servicios que existen en una institución hospitalaria y, probablemente, por una desidia de parte del ente rector.

Habitualmente, se utiliza la perspectiva cualitativa del paciente como piedra angular de la evaluación de la calidad, teniendo como precedente que la medicina, desde sus orígenes, ha desarrollado un contacto directo y estrecho, de confianza con los pacientes. Esta premisa es la más importante dentro de esta profesión en comparación con otras disciplinas (Hernández, 2018). Es por esta razón que, durante todo este tiempo, las organizaciones de salud utilizan la apreciación subjetiva del paciente como medio para la medición de la calidad de servicio. Desde que Parasuraman propuso el método SERVQUAL para medir la satisfacción del cliente, se han desarrollado numerosos trabajos de investigación usando esta metodología en diferentes hospitales y centros de salud alrededor del mundo.

En relación con el enfoque ligado a la perspectiva del paciente, la American Customer Satisfaction Index (ACSI) de Estados Unidos elabora anualmente reportes de calidad de servicio de diferentes rubros empresariales, la salud no es una excepción. Para el año 2019, reportaron un índice de satisfacción del 74,7 % de los consumidores en el sector salud. En Perú, según Hernández, Rojas, Prado y Bendezú (2019), a nivel nacional, el 74,3 % reportó una satisfacción con el servicio recibido como “bueno o muy bueno” en establecimientos de salud de Perú durante el 2018. La Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal de Salud del 2014, realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), determinó que el 70,1 % de los encuestados refirió encontrarse satisfecho con la atención recibida. La Superintendencia Nacional de Salud (SuSalud) realizó la encuesta nacional de satisfacción a nivel nacional EnSuSalud 2016, donde concluyen que los usuarios manifestaron sentirse satisfechos en un 73,9 %. Es decir, el personal médico y no médico brinda una buena atención a los usuarios independientemente de las restricciones técnicas y económicas que existen, lo cual es percibido por la población. En el caso particular del departamento de Ayacucho, se reportó un 79,60 % de satisfacción del usuario de un tamaño muestral de 541 personas. En ese sentido, si solo se considera la satisfacción del paciente como indicador directo estaríamos en la condición de afirmar que la calidad del servicio de salud en el país es óptima lo que representaría una medición sesgada de la realidad.

Por otro lado, cuando se refiere a calidad de salud es necesario considerar el planteamiento desarrollado por Avedis Donabedian, una perspectiva de tipo cuantitativa ligada fundamentalmente al profesional de salud. Donabedian propuso que la evaluación de la calidad asistencial debe considerar tres dimensiones: estructura, proceso y resultado (Nash et. al., 2019).

La información disponible sobre indicadores ligados al método de medición planteado por Donabedian muestra resultados globales nada alentadores del sistema. En 1997, el Comité de Calidad de Cuidado en Salud de América publicó el informe *Errar es humano* (To err is human) donde se señala que entre 44 mil a 98 mil personas mueren al año. Según este informe, los errores médicos son una causa de muerte más frecuente en comparación con los

accidentes automovilísticos, el cáncer de mama y el SIDA. En el año 2016, se publicó el estudio denominado “*Medical Error. The third leading cause of death in US*”, el cual concluye que los errores en la atención en salud son la tercera causa de muerte en Estados Unidos, aproximadamente 251 454 muertes por año (Makary y Daniel, 2016). Los estudios anteriormente descritos muestran que, pese al avance realizado en calidad asistencial, todavía es insuficiente, considerando que dichas investigaciones se realizaron en un país que invierte más del 15 % de su PBI en salud. A pesar de que Estados Unidos es un país con más gasto per cápita en salud no se refleja en la calidad. El estudio Eneas, realizado en España en el año 2005, describe una incidencia de 8,4 % de eventos adversos relacionados directamente con la asistencia hospitalaria. El estudio IBEAS realizado en 58 hospitales de Iberoamérica mostró un 10,5 % de eventos adversos. En el Perú, ese mismo informe, describió un porcentaje de 11,6 % de eventos adversos en un estudio realizado en cinco hospitales públicos (Aranaz et al, 2011).

Para el Perú, el gasto público en salud durante el 2017 fue de 5 % del PBI, el gasto per cápita fue de \$ 332,57, ubicándonos por debajo de la mayoría de los países en Sudamérica a excepción de Bolivia y Venezuela. La esperanza de vida al nacer es de 76 años. Asimismo, el Perú es el primer país en Sudamérica con más casos de tuberculosis, 123 por cada 100 mil habitantes (Global Economy, 2020)

En el estudio Eneas, también se hace referencia que, en áreas de hospitalización, el 37,4 % de los casos estaban relacionados con errores en la medicación (causa de 7 mil muertes anuales), 25,3 % con infecciones nosocomiales y el 25 % estaba asociado con errores técnicos durante el procedimiento. En el país, los eventos adversos fundamentalmente estaban asociados con infecciones nosocomiales, un 39,6 %; errores en los procedimientos 29,8 %; errores en diagnósticos, 10,8 %; y errores de medicación, 8,4 % (Aranaz et al, 2011). Recientemente, desde el inicio de la pandemia, solo durante el periodo de marzo a abril de 2020, en un hospital de España se habían reducido en un 76 % las notificaciones de eventos adversos. Del total de las notificaciones reportadas, el 65 % estaban relacionados con caídas (Maroto, 2021).

En la actualidad, los costos asociados con la atención se han convertido en un indicador importante de la medición de la calidad asistencial. Un estudio publicado por el Ministerio de Sanidad, en el año 2008, sobre los costos de la no seguridad del paciente cuantifica que un error de medicación tiene un costo promedio de 3.244 €; una neumonía nosocomial, 18.700 €; y una complicación de cirugía general o vascular puede oscilar entre 1.730 hasta 65 mil euros. De acuerdo con el artículo de Clark del 2010, el error más costoso, en el 2008, para el sistema sanitario de EE. UU. fueron las úlceras por presión (10.288 dólares por error) que supusieron 3.800 millones de dólares (Nofuentes, 2013).

Todos los estudios descritos previamente resumen que el costo de la “no calidad” es muy alto siendo el principal afectado el paciente, demostrando que la alta calidad de los sistemas de salud salva la vida de 8 millones de personas cada año (Kruk et al, 2018).

La pandemia del Coronavirus ha puesto en desafío todo el sistema de salud del mundo. Países con escasos recursos en salud pública tienen alta probabilidad de empeorar su calidad asistencial que, desde épocas prepandemia, eran subóptimas (Kirby, 2020). De acuerdo con los datos presentados antes de esta pandemia, los indicadores muestran que el sistema de salud peruano no tenía las condiciones adecuadas en infraestructura, recursos humanos y capacidad de gestión para contrarrestar la demanda exponencial de pacientes. Un poco antes del inicio de la pandemia, el país contaba con 100 camas UCI y 3 mil camas de hospitalización. De la misma forma y de acuerdo con la base de datos del Colegio Médico del Perú, solo existen 714 médicos intensivistas registrados.

En el Perú, el primer caso de coronavirus SARS coV 2 fue reportado en marzo de 2020. De la misma manera, el primer caso reportado de COVID 19 en el departamento de Ayacucho fue diagnosticado en el Hospital II de Huamanga, el 27 de marzo de 2020. Desde entonces, el número de casos ha ido en aumento progresivo, todas las proyecciones realizadas avizoraban un colapso de los hospitales, por tanto, era imprescindible plantear políticas adecuadas.

En consecuencia, se plantea este estudio sobre calidad en salud, sostenido bajo conceptos metodológicos estrictos con un enfoque mixto desde varias dimensiones, desarrollado en una población particular por sus

antecedentes actuales e históricos. Adicionalmente, es probable que, al realizar una investigación sobre esta temática durante el contexto de pandemia, se obtengan hallazgos diferentes teniendo como precedentes de comparación los estudios realizados previamente en el ámbito nacional. La presente investigación plantea una medición de la calidad en salud bajo una situación peculiar y totalmente inédita para todo el sistema de salud.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la calidad del servicio del hospital II de Huamanga durante la pandemia del COVID 19?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Evaluar la calidad del servicio del hospital II de Huamanga durante la primera y segunda ola del COVID 19 y proponer un plan de mejora.

1.3.2. Objetivos específicos

- Valorar los indicadores de estructura, proceso y resultado.
- Determinar la satisfacción del paciente hospitalizado por COVID 19 y del paciente atendido en consultorio externo durante la pandemia de coronavirus.
- Analizar el clima organizacional de los trabajadores del hospital II de Huamanga.
- Evaluar la cultura de seguridad de los trabajadores de salud.
- Evaluar la calidad de registro de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados por COVID 19 que respondieron la encuesta SERVQUAL.
- Describir las actitudes del personal de salud en relación con la calidad asistencial.

1.4. Justificación

El hospital II de Huamanga es uno de los hospitales más importantes del departamento de Ayacucho, una ciudad que, históricamente, tiene un porcentaje importante de pobreza. Según el INEI, el departamento de Ayacucho es una de las regiones con mayor pobreza del país, siendo el distrito de Uchuraccay el más pobre del Perú. En salud pública, existe una relación directa entre pobreza e indicadores globales de salud, por ende, se espera que la calidad de servicio en esta región sea de niveles subóptimos, debajo del estándar promedio del país.

Durante la elaboración de este proyecto, se encontraron escasos estudios sobre evaluación de la calidad de servicio hospitalario que incluyan un enfoque de múltiples dimensiones y sean realizados en una situación de desastre o en el contexto actual de pandemia. A nivel local, esa situación se agudiza habiendo unos pocos estudios en periodo prepandemia.

En el 2018, la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, la Academia Nacional de Ciencias de Estados Unidos de América y Lancet Global Health Commission realizaron una serie de publicaciones sobre la importancia de la calidad de servicios de salud como atención central en el contexto de la cobertura universal de salud. Asimismo, recomiendan un énfasis primordial en la evaluación de la calidad a nivel local, nacional e internacional (Syed et al, 2018).

Antes de la pandemia de coronavirus, el Perú tenía un sistema de salud bastante ineficiente. Es probable que, durante este periodo de emergencia sanitaria, la situación sobre la calidad de servicio se tornará aún más catastrófica. Por ello, es importante preguntarse si es posible promover la calidad asistencial en un contexto de desastre.

La información que derive de esta investigación será relevante para permitir que las personas que generen políticas de salud utilicen esta información con el fin de mejorar la calidad en el sistema de salud. Existirá un beneficio inmediato para los usuarios del hospital II de Huamanga puesto que la alta gerencia puede usar estos datos para mejorar los procesos de atención. Asimismo, con los resultados obtenidos se desarrollará una propuesta de mejora a corto plazo. Finalmente, y aún más importante, esta investigación aportará a la comunidad científica una nueva mirada sobre la cuantificación de la calidad

en momentos de crisis, siendo un impulso para nuevas investigaciones al respecto.

1.5. Limitantes de la investigación

Existe restricción para obtener un tamaño de muestra importante debido a que la pandemia del coronavirus restringe el acceso del personal de salud en áreas donde se concentran pacientes sospechosos o confirmados de COVID 19. Para el ingreso a estas áreas, se requiere de equipos de protección adecuados que, debido a nuestra realidad, escasean inclusive para el personal de salud. Este estudio se desarrolló tomando pacientes captados principalmente por el autor durante sus evaluaciones médicas programadas en esta área hospitalaria.

Debido a la naturaleza de la pandemia, existe una curva de progresión con un pico máximo y, luego, un descenso, por lo que la investigación tuvo restricción temporal.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Calidad

El concepto de calidad tiene múltiples definiciones; asimismo, ha sufrido diferentes modificaciones y aportaciones a lo largo de la historia. La Real Academia Española lo define como propiedad o un conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor.

Por otra parte, tenemos los aportes realizados por quienes son considerados los “padres de la calidad”; por ejemplo, Juran lo define como las características del producto o servicio que satisfacen las necesidades del cliente. Esta definición planteada generalmente trae como consecuencia el aumento de costos en la calidad debido a que las necesidades de los clientes siempre serán infinitas. Por su lado, Edwards Deming se refiere a la calidad como el orgullo de la mano de obra. Por otro lado, Crosby define la calidad como el ajuste de las especificaciones y no como bondad o excelencia.

2.1.1. Calidad en salud

Cuando se hace referencia a la calidad en el ámbito sanitario es imprescindible mencionar el planteamiento realizado por Avedis Donabedian, quien fuera médico formado en Beirut para luego cursar estudios en salud pública en Harvard, donde obtuvo una maestría en 1955.

Donabedian (1969, citado por Llinás, 2010) definió la calidad en salud circunscribiéndola a una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes. De acuerdo con el autor, la calidad tiene al menos cuatro componentes (Donabedian, 1986):

- La gestión técnica de la salud y enfermedad
- El manejo de la relación interpersonal entre los proveedores de atención y sus clientes
- Las comodidades de la atención
- La ética, principios que rigen la conducción de los asuntos en general y la empresa sanitaria en particular

La definición de Donabedian es particular e interesante porque resalta que la calidad de la atención está íntimamente involucrada con el proceso de atención en todas sus partes y que el objetivo principal del cuidado es maximizar el bienestar del paciente. El bienestar del paciente ciertamente incluye la salud, el estado del paciente, considerando aspectos físicos, fisiológicos y psicológicos. Además, esta definición reconoce los límites naturales de la calidad y su mejora, destacando que se esperan ganancias y pérdidas en el proceso de atención (Busse et al. (Ed.), 2019).

El Consejo Europeo, en el año de 1997, definió la calidad asistencial como el grado en que el tratamiento administrado incrementa la probabilidad de lograr resultados deseados y disminuye las posibilidades de resultados indeseables, teniendo en cuenta el conocimiento actual (Busse, et al, 2019).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define de la siguiente manera: “la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.

El año 2001, el Comité de Calidad del Cuidado de la Salud del Instituto de Medicina de los Estados Unidos publica “*Crossing the Quality Chasm*” la segunda parte del informe que buscaba estrategias para la mejora de la calidad de atención en su sistema de salud. Para ello, plantean seis dimensiones o pilares de la calidad que toda organización debería alcanzar como parte de los objetivos de mejora de la calidad. A su vez, estas deberían ser evaluadas temporalmente como parte de la valoración de la calidad en salud.

A. Seguridad del paciente: “Es una disciplina en el sector de la atención de la salud que aplica los métodos de ciencias de la seguridad hacia el objetivo de lograr un sistema confiable de prestación de atención médica. La seguridad de los pacientes es también un atributo de los sistemas de

atención de la salud; minimiza la incidencia y el impacto de los eventos adversos y maximiza la recuperación de ellos” (Berwick et al, 2008). La seguridad del paciente es un término que incluye las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos evitables, generados como consecuencia del proceso de atención a la salud, simultáneamente promueve aquellas prácticas que han resultado más seguras, al tiempo que propicia un cambio cultural que destierre todo atisbo de cultura reactiva que culpabilice a los profesionales por sus errores. (Aranaz y Moya, 2011).

Los métodos para analizar la seguridad del paciente a nivel hospitalario incluyen el modelo de estructura-proceso-resultado de Donabedian, el modelo del queso suizo de Reason, el modelo de migración del sistema de Rasmussen y el análisis de errores (Fondahn, Lane y Vanucci, 2016)

- B. Efectividad:** Proceso mediante el cual se brindan servicios basados en el conocimiento científico a todos los que podrían beneficiarse y se abstiene de proporcionar servicios a aquellos que probablemente no se beneficiarán, evitando el uso insuficiente y excesivo. Para realizar una práctica efectiva, es implícita la Medicina Basada en la evidencia. La efectividad es la relación objetivos/resultados bajo condiciones reales (Lam y Hernández, 2008)

- C. Equidad:** La calidad de atención brindada no varía en relación con las características de la persona como son el género, el origen étnico, la ubicación geográfica, la orientación sexual y el estado socioeconómico. En el área de rehabilitación, fundamentalmente está ligada a la no diferenciación por presencia de discapacidad.

- D. Oportunidad:** Es una característica importante de cualquier servicio, es legítima y es un valioso enfoque de mejora en la atención médica. Significa también reducir las esperas y los retrasos perjudiciales para ambos, quienes reciben y quienes brindan la atención.

E. Atención centrada en el paciente: La atención centrada en el paciente es la práctica de cuidar a los pacientes (y sus familias) de manera significativa y valiosa de forma individualizada. Incluye escuchar, informar e involucrar a los pacientes en su cuidado. El Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) define la atención centrada en el paciente como: "Brindar atención respetuosa que responda a las preferencias, necesidades y valores individuales del paciente, así como garantizar que los valores del paciente guíen todas las decisiones clínicas".

F. Eficiencia: Es un término que, ligado al área de la salud, expresa el máximo resultado obtenido a partir de recursos limitados. Hay al menos dos formas de mejorar la eficiencia: (1) reducir el desperdicio asociado a la calidad, (2) reducir los costos administrativos o de producción (Lam y Hernández, 2008).

2.1.2. Evaluación de la calidad

Para alcanzar el objetivo de la tesis, es importante ceñirse a un modelo que permita valorar de manera idónea la calidad asistencial. Existen diferentes modelos de evaluación de la calidad planteados por diferentes autores. Estrictamente, en el sector sanitario, en el año 1966, Avedis Donabedian publica "*Evaluating the Quality of Medical Care*". Allí refiere que, para todas las evaluaciones de la calidad, se sigue el modelo de estructura, proceso y resultado. Este modelo de evaluación de la calidad es ampliamente aceptado por la comunidad científica; asimismo, tiene un enfoque integral puesto que involucra un enfoque técnico y perceptual del usuario. Para aplicar este modelo, es necesario establecer los indicadores y definir los puntos de referencia para la comparación (Nash et al, 2019).

A. Estructura

Se refiere a las características de las personas y de los entornos donde se brinda la atención. Se parte de la premisa de que un personal altamente calificado, en un entorno óptimo, puede brindar servicios de calidad. Dentro de este atributo de la calidad basado en la estructura se incluye la educación, capacitación y certificación de los profesionales. Asimismo, se considera la idoneidad del personal, el equipo y la organización (Nash et al, 2019).

- ✓ Adecuación: Hace referencia a la adecuación entre la oferta y la demanda.
- ✓ Accesibilidad
- ✓ Comodidad o confort: Derivado del latín *commodus*. Es un constructo utilizado para hacer referencia a una sensación de alivio al malestar, a un estado de tranquilidad y satisfacción, o a cualquier sentimiento que haga la vida fácil o agradable. (Gonzales, Montalvo y Herrera, 2017).
- ✓ Trato humano: Se refiere a la relación que debe tener el usuario interno con el usuario externo, donde se le brinda información con respeto y amabilidad.

La evaluación de la estructura habitualmente es sencilla, rápida y objetiva. Sin embargo, la buena infraestructura no asegura la calidad. Donabedian hacía referencia a que la infraestructura es un ideal de cómo debería funcionar una organización hospitalaria.

En relación con los indicadores de estructura, se menciona al número de profesionales de salud, clima y cultura organizacional, cultura de seguridad, certificación de las enfermeras, acreditación de infraestructura, número de ventiladores mecánicos, programa de mejora continua de la calidad, etc. En general, estos indicadores tienen una limitación si se utiliza de forma independiente del resto.

B. Proceso

El proceso está definido como una serie de eventos o actividades de carácter lógico y secuencial que permite alcanzar un producto con valor. (Pérez, 2012). Las medidas del proceso implican todos los pasos de la

prestación del servicio de salud, aquí están incluidos el diagnóstico, el tratamiento y la prevención (Nash et al, 2019). Es el accionar del profesional de salud sobre los pacientes para lograr un resultado. Dentro de las características del proceso se consideran la oportunidad, continuidad, integralidad, suficiencia y racionalidad (Álvarez, 2007)

Algunos indicadores de proceso como errores en la medicación, registro de historias clínicas, personas vacunadas contra sarampión y pacientes intervenidos quirúrgicamente por fractura de cadera, son ejemplos de indicadores que la organización puede elegir para su adecuación. Se consideran a los indicadores de proceso como vitales dentro de la valoración de la calidad. La historia clínica es el documento representativo del proceso.

C. Resultado

El resultado, como parte del Modelo Donabedian, hace referencia a las medidas que capturan si se lograron los objetivos de atención médica. Debido a que los objetivos de atención médica se pueden definir de manera amplia, las medidas de resultado pueden incluir los costos de la atención y la satisfacción de los pacientes con su atención (Nash et al, 2019).

Habitualmente, se considera a la eficiencia un término que, ligado al área de salud, expresa el máximo resultado obtenido a partir de recursos limitados. Se describen al menos dos formas de mejorar la eficiencia: (1) reducir el desperdicio asociado a la calidad y (2) reducir los costos administrativos o de producción (Lam y Hernández, 2008). Asimismo, se considera la eficacia que significa alcanzar los objetivos planteados independientemente de los recursos utilizados. Los indicadores de resultado se utilizan como representativos dentro de las investigaciones relacionadas con la calidad. En general, estos indicadores son una forma indirecta de valorar la estructura y el proceso.

Los indicadores de resultados habituales como la satisfacción del usuario, la tasa de mortalidad y las infecciones intrahospitalarias son ejemplos representativos (De Vos et al)

2.1.3. Indicadores de la calidad asistencial de acuerdo con el modelo Donabedian

Los indicadores se consideran como instrumentos de medida que valoran cuantitativamente la presencia de un suceso o fenómeno y el grado intensidad en que aparecen (Fundación Mapfre, 2017). Existen indicadores de eficacia, eficiencia, economía, estructura, proceso, etc. En general, estos varían de acuerdo con la clasificación. La importancia de los indicadores que se utilizaron para esta investigación radica en la consideración de utilizar instrumentos de medición con buena fiabilidad y validez, siguiendo el modelo Donabedian.

En la presente investigación, se incluyeron indicadores de estructura, proceso y resultado. Los cuales pueden ser indicadores de tiempo, eficiencia, capacidad, así como de clima organizacional, seguridad del paciente, calidad de registro de las historias clínicas, costos directos de hospitalización, satisfacción del usuario en hospitalización, consulta externa, etc.

Ejemplos de indicadores de calidad de acuerdo con el modelo de Donabedian en relación con diferentes dimensiones de la calidad.

Tabla N.º 1

Dimensiones de la calidad

| DIMENSIONES DE LA CALIDAD | ESTRUCTURA | PROCESO | RESULTADO |
|----------------------------------|--|----------------------------------|--|
| EFICIENCIA | Disponibilidad de recursos humanos y equipos | Vacuna contra el papiloma humano | Tasa de mortalidad Tasa de reingreso |
| | Clima organizacional | | |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE | Disponibilidad de medicamentos seguros | Errores de medicación | Índice de infecciones intrahospitalarias |
| | Cultura de seguridad del paciente | | |

| | | | | |
|--|-----------------------------|--------|--|---------------------------------|
| ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE | Derecho de los pacientes | de los | Tiempo de atención insuficiente durante la consulta médica | Satisfacción del paciente |
|--|-----------------------------|--------|--|---------------------------------|

Fuente: Adaptado de Lighter, 2015

2.1.3.1. Indicadores de estructura

Habitualmente, se considera la disponibilidad y accesibilidad. La disponibilidad mide la relación entre los recursos existentes y la población a quien se encuentra destinado. Valora la equidad de distribución de recursos. Por su parte, la accesibilidad considera la condición de poder usar los servicios (Álvarez, 2007). Se refiere al grado de dificultad que tiene el usuario para establecer relación con los servicios que se otorgan en la unidad de salud (Aguirre, 1997)

- a. **Cama hospitalaria:** Es la relación entre el número de camas del servicio y la población asignada.
- b. **Consulta:** Número de horas contratadas entre la población objeto.
- c. **Médicos:** Número de médicos entre el total de población asignada.
- d. **Enfermeras:** Número de enfermeras entre total de población asignada.
- e. **Clima organizacional o laboral**

El clima organizacional o laboral es el conjunto de sentimientos y actitudes que caracterizan a los trabajadores de una organización en sus relaciones laborales, determina la forma como los trabajadores perciben su trabajo, sus relaciones, su organización, su satisfacción, etc. Es la cualidad o propiedad del ambiente organizacional que perciben o experimentan los miembros de la organización, y que influyen en su comportamiento. Para que una persona pueda trabajar bien debe sentirse bien consigo mismo y con todo lo que gira alrededor de ella y entender el ambiente donde se desenvuelve todo el personal (Caraveo, M. y Del Carmen, M., 2004)

El clima organizacional juega un rol importante dentro de la seguridad del paciente y su satisfacción. En el año 2001, se desarrollaron varios estudios liderados por la Agencia de Investigación Sanitaria y

calidad (AHRQ) con la finalidad de valorar el clima organizacional y la cultura para conocer los principales indicadores de calidad (Gershon et al, 2004)

Según Schneider (2009, citado por Schneider, Ehrhart, y Macey, 2013), quien realizó investigaciones para relacionar el clima organizacional y la satisfacción de cliente, sus hallazgos mostraron que un clima organizacional fuerte tenía mejor satisfacción de los clientes si la empresa brindaba servicios.

Según De La Fuente y De Diego (2008, citado por Córdova, 2017), las características del clima laboral son: a) Cada organización tiene un clima distinto. b) El clima laboral de la organización es externo a las personas. c) El personal de la organización es el que percibe el clima laboral. d) El clima laboral es la interacción de varias características que son percibidas, tanto personales como organizacionales. e) El clima perjudica a las actitudes y a las conductas y puede tener influencia en los resultados organizacionales. f) El clima perdura y puede variar. g) El clima se puede operativizar mediante la observación, las percepciones y las medidas que sean objetivas. h) El clima actúa como un indicador para hacer un diagnóstico organizacional.

Palma (2004, citado por Córdova, 2017), en su Escala Clima laboral CL-SPC, refiere que un análisis en conjunto de los causantes que repercuten en una organización tiene que incluir el entorno laboral junto con las condiciones laborales que permiten aumentar la productividad de los que integran la organización, los procesos psicológicos del trabajador y del grupo inherentes al logro de actividades y los resultados organizacionales, siendo estos la productividad, la cultura y la satisfacción laboral.

Asimismo, Palma (2004) menciona que el entorno laboral está constituido por: 1) Condiciones laborales: Es importante para analizar el problema de distintas organizaciones relacionado con los elementos que establecen y promueven la ejecución de las actividades ocupacionales, así como los momentos que viven los colaboradores. Incluye el tiempo de trabajo, los servicios sociales, las remuneraciones etc., además,

incluye la higiene y la seguridad en la organización; las prácticas, los principios administrativos y las jornadas laborales. 2) Procesos psicológicos: De naturaleza compleja, dada la existencia de múltiples teorías que, en el intento de explicar la conducta humana, tocan el tema desde distintos puntos de vista. El pronto conocimiento sobre los procesos cognitivos, entre ellos la comunicación, el aprendizaje, la motivación, los valores, las percepciones, etc., promueven un óptimo funcionamiento organizacional. 3) Resultados organizacionales: Es la productividad, sumado a la cultura organizacional y al nivel de satisfacción con el trabajo realizado. A su vez se considera tema de investigación a nivel personal e institucional.

2.1.3.2. Indicadores de proceso

Los indicadores de proceso habitualmente están relacionados con el tiempo. Podrían clasificarse por su extensión de uso, intensidad de uso, utilización, productividad y rendimiento.

El diferimiento se refiere a los días en que el usuario debe esperar para ser atendido en un servicio hospitalario.

- a. Tiempo promedio de espera:** Es el tiempo relacionado con el inicio de atención en un servicio.
- b. Grado de cumplimiento de horas programadas:** Total de horas efectivas en consulta entre total de horas programadas.
- c. Porcentaje de horas quirúrgicas efectivas:** Es la relación entre el número de horas en la sala de operaciones y el total de horas de disponibles.
- d. Seguridad del paciente:** Es una disciplina de reciente aparición cuyo objetivo es reducir al máximo los riesgos, errores y daños en los pacientes. Para ello, es necesario el uso de métodos de la ciencia de seguridad en el sistema sanitario (OMS, 2017). La seguridad del paciente se constituye en una dimensión esencial de la calidad asistencial (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2016). Desde la época de Hipócrates, el objetivo fundamental de la medicina es brindar

seguridad al paciente. El juramento hipocrático hace referencia a la frase *primun non nocere*.

Los fundamentos de seguridad del paciente están sostenidos en dos pilares teóricos:

- *Cultura de seguridad*: Representados por el conjunto de costumbres, valores, creencias y normas dentro de una organización cuyo objetivo común es perseguir la seguridad como parte de un modelo mental compartido (Rocco y Garrido, 2017).
- *Teoría del Error de Reason*: Planteada por James Reason en un artículo publicado en 1990 titulado “*La contribución de los errores humanos latentes a la degradación de los sistemas complejos*” (Fondahn, Lane y Vanucci, 2016). Se plantea que el ser humano es falible por lo que el error es el precio que se tiene que pagar por la inteligencia humana.

Reason (2004) elaboró una lista de posibles elementos implicados en un error en la atención sanitaria que puede deberse a factores humanos o factores del sistema:

Tabla N.º 2.

Elementos implicados en un error en la atención sanitaria

| FACTORES HUMANOS | FACTORES DEL SISTEMA |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| Falta de formación y/o experiencia | Falta de cultura de seguridad |
| Falta de tiempo | Falta de entrenamiento |
| Problemas de salud | Presión asistencial |
| Fatiga, estrés | Inadecuada tecnología |
| Escasa motivación | Sistemas de información deficientes |
| Personalidad | Comunicación deficiente |
| Diversidad de pacientes | Factores ambientales |
| Errores de los pacientes | Tipo de procedimiento |

Fuente: Reason, J. (2004) Beyond the organizational accident: the need for “error wisdom” on the frontline. *Quality and Safety in Health Care*, 13:28–33

e. Registro de historia clínica: La historia clínica es definida desde distintas ópticas: desde el aspecto gramatical, jurídico, concepto médico-asistencial o desde el área de la medicina legal, definiéndose en tal sentido como el documento médico legal donde queda registrada la relación del personal sanitario con el paciente, los actos y las actividades médico-sanitarias realizadas con él y los datos relativos a su salud. Este es elaborado con el fin de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte; además, puede ser utilizado por todos los centros sanitarios donde el paciente asista (Velito y Tejada, 2010).

Con el origen de la historia clínica se plasma la experiencia médica, pilar fundamental del saber médico que, tras muchos siglos de desarrollo, en muchas partes del mundo las historias clínicas están en formato electrónico. Sin embargo, la observación médica sigue siendo el método que convierte la ciencia médica en arte (Posada y Quinteiro, 2012). La finalidad de la historia clínica es recoger datos del estado de salud del paciente para, así, facilitar la asistencia sanitaria. Asimismo, la historia clínica puede considerarse como el instrumento básico del adecuado ejercicio sanitario, ya que sin ella es imposible que el médico pueda tener, con el paso del tiempo, una visión holística del paciente para prestar asistencia. (Velito y Tejada, 2010)

La historia clínica es el documento básico que se emplea para el planeamiento, la ejecución y el control de las acciones destinadas al fomento, la recuperación, y la rehabilitación de la salud (Penié, 2000). Para garantizar que la historia clínica sea un medio de comunicación de la información acerca de la atención prestada al paciente, que sirva de evidencia de la evolución de los pacientes, de sus enfermedades y su tratamiento, para fines legales, financiación de la asistencia, docencia, gestión de la calidad y, por fin, proporcione datos clínicos para actividades administrativas, de investigación y docencia, se debe controlar la calidad de la historia clínica (Renau y Pérez, 2001).

Los doctores Velito y Tejada (2010) y Agüero et al (2010) consideraron las siguientes características de la historia clínica:

- *Confidencialidad:* el secreto médico es uno de los deberes principales del ejercicio médico cuyo origen se remonta a los tiempos más remotos de la historia y que hoy mantiene toda su vigencia. El secreto no es absoluto, en la práctica médica pueden surgir situaciones de conflicto entre el deber de secreto y el principio de beneficencia del médico, fuerte protección legal del derecho a la intimidad. El secreto médico, la confidencialidad e intimidad y la historia clínica son tres cuestiones que se implican recíprocamente y se relacionan. La historia clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia sanitaria administrada a un paciente, por lo que es el documento más privado que existe de una persona.
- *Seguridad:* Debe constar la identificación del paciente, así como de los facultativos y personal sanitario que intervienen a lo largo del proceso asistencial.
- *Disponibilidad:* Aunque debe preservarse la confidencialidad y la intimidad de los datos en ella reflejada, debe ser así mismo un documento disponible, facilitándose, en los casos legalmente contemplados, su acceso y disponibilidad.
- *Única:* La historia clínica debe ser única para cada paciente por la importancia de cara a los beneficios que ocasiona al paciente la labor asistencial y la gestión y economía sanitaria.
- *Legible:* Una historia clínica mal ordenada y difícilmente legible perjudica a todos. Aa los médicos, porque dificulta su labor asistencial, y a los pacientes, por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la historia clínica.
- *Práctica obligatoria:* Todo acto médico debe ser registrado en la historia clínica.

2.1.3.3. Indicadores de resultado

Generalmente, se incluyen indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad.

- a. **Tasa de mortalidad:** Mide una situación global de la mortalidad.
- b. **Número de intervenciones quirúrgicas:** Cantidad de procedimientos quirúrgicos realizados en un periodo de tiempo.
- c. **Rendimiento hora médico:** Es la relación entre el número de atenciones medicas en consulta externa y el número de horas efectivas.
- d. **Rendimiento cama hospitalaria:** Es la relación entre el número de egresos hospitalarios registrados en un periodo de tiempo y el número de camas promedio registrado en dicho periodo.
- e. **Rendimiento de sala de operaciones:** Es la relación entre el número de intervenciones quirúrgicas ejecutadas en la unidad hospitalaria y el número de salas de operaciones en un determinado tiempo.
- f. **Estancia hospitalaria:** Indica el tiempo promedio en que un paciente utilizó el servicio, ya sea en hospitalización, urgencias o UCI.
- g. **Tasa de infecciones hospitalarias:** Número de pacientes infectados entre el número de egresos y multiplicado por cien.
- h. **Satisfacción del usuario:** Se refiere a la percepción del usuario y la cobertura de sus expectativas y necesidades. La expectativa es el reflejo de las experiencias anteriores que haya tenido el paciente en relación con servicios similares. La satisfacción real del usuario tiene un componente a nivel perceptual, por tanto, un servicio exitoso sería aquel donde la percepción del usuario supere a sus propias expectativas. La medición de la satisfacción del usuario se ha convertido en un elemento clave de la evaluación de la calidad del servicio. Se podría considerar que la satisfacción del usuario es un resultado de la calidad de la atención, es la opinión que el paciente refleja indirectamente sobre los procesos de atención. Aunque se tiene que considerar que el usuario tiene influencias externas a nivel intrapersonal e interpersonal y no siempre traduce una medición adecuada de la competencia profesional.

El Ministerio de Salud, en su publicación sobre encuestas para evaluación del usuario externo de servicios de salud, describe que el hecho de abordar las inquietudes del usuario externo es tan importante para la atención de calidad como podría ser la parte técnica. El usuario considera más importante la interacción con el personal de salud, atributos como el tiempo de espera, el buen trato y la accesibilidad.

A continuación, se hace referencia al concepto de calidad funcional que, de acuerdo con Grönroos, se relaciona con la manera en el que el servicio es prestado al usuario. Parasuraman et al (como se citó en Lozada y Rodríguez, 2007) desarrolló la Escala SERVQUAL, siendo una de sus máximas contribuciones para la medición de la calidad funcional o calidad percibida. Esta herramienta surge en la década de los años 80, cuya finalidad era evaluar la calidad de servicio. Particularmente, en el ámbito de la salud se han realizado muchas investigaciones utilizando este instrumento para medir la satisfacción del paciente. La medición de la satisfacción del usuario es un elemento clave en la actividad de la gestión.

El modelo de evaluación de la calidad de servicio Service Quality (SERVQUAL) fue desarrollado por un equipo de investigadores de la Escuela Americana de Marketing conformado por Parasuraman, Berry y Zeithaml. Actualmente, es ampliamente reconocido por investigadores alrededor del mundo, entre sus beneficios radica el establecer una brecha entre las expectativas y las percepciones de los usuarios. El modelo incluye cinco dimensiones: a) Empatía: Muestra de interés y nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus usuarios; b) Fiabilidad: Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa; c) Seguridad: Conocimientos y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza; d) Capacidad de respuesta: Disposición para ayudar a los usuarios y para prestarles un servicio rápido e) Elementos tangibles: Apariencia física de las instalaciones físicas, los equipos, el personal y los materiales de comunicación. Se considera que el servicio es

satisfactorio cuando las expectativas son equivalentes o superadas por las percepciones (Samuel y Stanescu, 2015).

En el 2011, mediante el RM N.º 527 el Ministerio de Salud publicó la “*Guía técnica para la evaluación del usuario externo en los establecimientos y servicios de apoyo*”, donde se incluye el instrumento SERVQUAL modificado, con la finalidad de identificar las principales causas de insatisfacción del usuario externo en los servicios de emergencia, hospitalización y consulta externa, y contribuir con su mejora.

i. Costos en salud: Los costos, desde la concepción de los contadores, son definidos como un sacrificio de recursos. Por lo general, se mide a través de una cantidad monetaria asignada a la obtención de bienes o servicios (Horngren, Datar y Rajan, 2012).

- *Costos directos:* Están relacionados con el objeto o asociados con los servicios que se están ejecutando, así como también puede decirse de aquellos que permiten establecer su correspondiente relación con un área organizativa determinada, la cual tiene la responsabilidad de decidir su empleo o utilización. Por ejemplo, Recursos Humanos que ejecuta directamente las acciones, los consumos de los materiales utilizados y los servicios u otras obligaciones que puedan asociarse de forma directa a la actividad que se realiza (Hidalgo, Corugedo y Del Llano, 2000).
- *Costos indirectos:* Se consideran gastos que no pueden asociarse de manera directa con la ejecución de las actividades y por regla general. Como ejemplo se describen los costos sufragados por los pacientes y sus familiares, como pérdida de horas de trabajo y costos físicos.

En el ámbito de lo sanitario, hay bastante preocupación por asegurar que los recursos se asignen de manera eficiente. Se busca incrementar la producción y el acceso a los usuarios externos al menor costo posible (Hernández et al, 1995).

Un factor importante que contribuye con los altos costos en salud esta representado por las fallas técnicas, organizativas y de toma de

decisiones. Otro factor importante es la tecnología sanitaria (Lauzán, 2017). Por lo expuesto, los mayores costos en salud no significan una mejor calidad. Todo lo contrario, es necesario un uso adecuado de los recursos económicos.

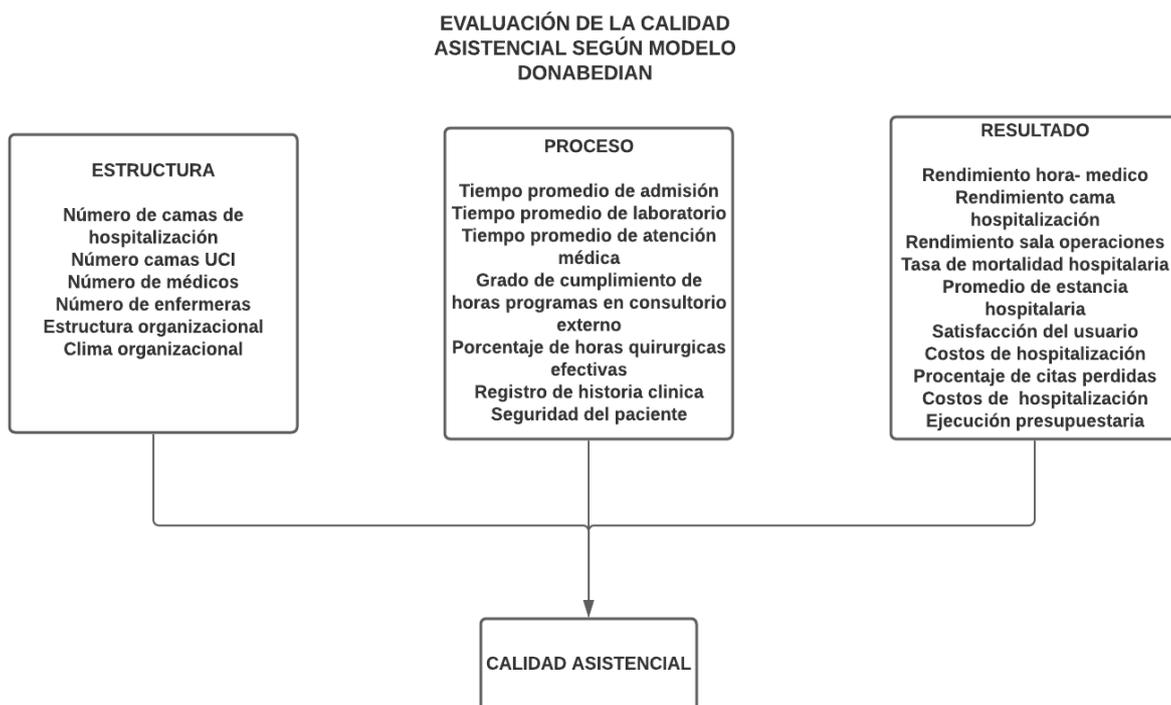


Figura N.º 1. Evaluación de la calidad
Fuente: Elaboración propia

2.2. Antecedentes

2.2.1. Antecedentes internacionales

Gokmen et al (2020) desarrollaron un trabajo de investigación titulado: “*La importancia de la acreditación y calidad de los servicios de salud en el proceso de lucha contra el COVID 19*”, el objetivo era evaluar la relación entre los estándares de calidad y la acreditación de los servicios de salud en el proceso de combatir el COVID 19. Los

resultados mostraron un 79,6 % de estándares en servicios de salud relacionados con procesos del COVID 19. Los estudios sobre calidad y acreditación en los servicios de salud son importantes para estar preparados contra el COVID 19, así como llevar a cabo una gestión planificada y eficaz en situaciones epidémicas y pandémicas similares.

Satar et al (2018) publicaron un estudio de revisión sistemática y metaanálisis sobre calidad de servicio en hospitales de Irán. Los estudios seleccionados sobre calidad de servicio usaron como instrumento el SERVQUAL durante el periodo del 2000 al 2016. Incluyeron 13 artículos con una población de 4217 pacientes. Los resultados mostraron una mayor brecha en las dimensiones de confiabilidad y tangibilidad, con 0.88 y 0.82 respectivamente. La conclusión fue que las expectativas de los pacientes de atención hospitalaria no se cumplieron en Irán, por lo que recomendaron mejorar la calidad de sus servicios hospitalarios.

Fan L-h et al (2017) realizaron un estudio sobre la percepción de los pacientes respecto de la calidad del servicio en China. El objetivo fue determinar la brecha entre las expectativas y percepciones de la calidad del servicio según los pacientes, para proporcionar datos de referencia que permitan mejorar la calidad de la atención médica. En este estudio, utilizaron como instrumento de medición el SERVQUAL, incluyendo 1589 cuestionarios. En general, concluyeron que las percepciones de los pacientes sobre la calidad del servicio son menores que sus expectativas.

Manulik, Rosinsuk y Karniej (2016) realizaron un estudio de investigación en servicios de salud en Polonia cuyo objetivo era evaluar si la calidad recibida difería en relación con términos cualitativos de centros de salud privados y públicos. Para realizar este estudio usaron como instrumento el SERVQUAL modificado. Los resultados obtenidos mostraron que todos los pacientes dieron las puntuaciones más altas a los dominios que constituyen los aspectos centrales de servicios de atención médica. La brecha (2.2) de tangibilidad era mayor en el sector público en comparación con la brecha (0.8) del sector privado. En general, no hubo satisfacción en ninguno de los dos sectores de salud. Los encuestados de las instalaciones privadas tenían las expectativas más

altas con respecto de los equipos y los de las instalaciones estatales, con respecto de los contactos con el personal médico.

Mohamad y Soheil desarrollaron un estudio transversal sobre evaluación de la satisfacción en el Departamento de Emergencia en el Hospital Imam Khomeini, Jiroft, Irándurante, el 2016. Incluyeron pacientes atendidos en Emergencia y que permanecieron por 24 horas. El estudio se desarrolló en 373 personas y el instrumento utilizado fue SERVQUAL modificado. Los resultados obtenidos mostraron una satisfacción relativamente favorable y totalmente satisfecha en cuatro dimensiones, teniendo un porcentaje importante de insatisfacción en la dimensión de seguridad.

Agudelo, Peña, Hoyos y Jiménez (2020), realizaron una investigación sobre “*Clima organizacional y percepción de la calidad en una institución de salud de la ciudad de Manizales, Colombia durante el periodo de 2018-2019*”. El objetivo fue determinar la relación entre el clima organizacional y la percepción de la calidad del servicio. La población estudiada para medir el clima organizacional incluyó a 183 personas del área asistencial y 99 del área administrativa. Para medir la percepción de la calidad, incluyeron a 382 clientes. De toda la población estudiada, el clima organizacional fue medio satisfactorio. La conclusión del estudio muestra que tener un clima organizacional adecuado no garantiza resultados óptimos en la percepción de calidad de los clientes.

Mella et al (2020), publicaron un estudio sobre el análisis de la cultura de seguridad del paciente cuyo objetivo era evaluar la percepción que tenían los trabajadores de salud en relación con la seguridad del paciente. El estudio en mención tuvo un diseño de tipo transversal y el instrumento utilizado fue el hospital Survey on Patient Safety Culture of Agency for Health Care Research and Quality. El 50 % de los trabajadores calificó el clima de seguridad entre 6 y 8 puntos. Los profesionales de salud con mayor cultura de seguridad fueron los farmacéuticos.

Danielsson et al (2019) desarrollaron un trabajo de investigación sobre cultura de seguridad del paciente en hospitales de Suecia, el

objetivo era identificar la cultura de seguridad global e identificar los factores asociados con los diferentes profesionales con niveles óptimos de seguridad del paciente. El estudio incluyó 23 781 trabajadores del sistema de salud, el diseño fue correlacional de tipo transversal, el instrumento utilizado fue el hospital Survey on Patient Safety Culture of Agency for Health Care Research and Quality, que fue previamente validado al país. Los resultados obtenidos mostraron que las dimensiones trabajo en equipo y respuesta no punitiva al error fueron la mejores calificadas y las peores calificadas fueron dotación del personal y apoyo administrativo. Asimismo, los profesionales con una mayor cultura de seguridad fueron los médicos y enfermeras.

Chávez (2020) desarrollo una tesis de magíster titulada: Evaluación de la calidad de historias clínicas del Área de Terapia Intensiva y su impacto en el costo del hospital clínica San Francisco de Guayaquil - Ecuador. Se analizaron 275 historias clínicas. Se concluyó que la calidad de historias clínicas es baja y que el impacto en los costos es alto.

2.2.2. Antecedentes nacionales

Arosemena, Marín y Otiniano (2018) realizaron un estudio en Perú sobre la satisfacción de los usuarios de Consulta Externa de Medicina Interna en el hospital nacional Cayetano Heredia. Se incluyeron 359 encuestas. El instrumento seleccionado fue el SERVQUAL. En los resultados obtenidos, se encontró un nivel de satisfacción global de 52.9 %. Siendo mayor en las dimensiones de seguridad y empatía, y menor para la capacidad de respuesta. La conclusión fue que el servicio se encuentra en proceso de mejora.

Cruzado (2018) realizó un trabajo de investigación sobre satisfacción del usuario del Centro de Atención de Medicina Complementaria en el Hospital II de Huamanga con una muestra de 285 usuarios. El método utilizado fue un trabajo descriptivo transversal, usando el instrumento SERVQUAL. Los resultados obtenidos mostraron un nivel de satisfacción global del 56 %.

Huanchaco (2017) desarrolló una tesis para medir el nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en los servicios de hospitalización de Medicina y Cirugía del hospital nacional Guillermo Almenara. En el estudio participaron 308 personas, 154 por cada servicio. El instrumento de evaluación utilizado fue el SERVQUAL. Los resultados mostraron un grado de insatisfacción de 95,4 %, en el servicio de Medicina, y 96 %, en el servicio de Cirugía.

Gómez (2016) publicó un estudio sobre calidad y satisfacción de los usuarios de Consulta Externa del Centro de Atención de Medicina Complementaria del Hospital III de Iquitos, obteniendo un resultado global de satisfacción de 72,9 %. Siendo las dimensiones de empatía y seguridad las que mejores puntuaciones obtuvieron en la calificación de satisfacción. Adicionalmente, se encontró relación entre estas dimensiones, la edad y el sexo.

Sihuín, Gómez e Ibañez (2015) efectuaron un estudio de satisfacción en pacientes hospitalizados del hospital subregional de Andahuaylas. El estudio incluyó una población de 175 personas, utilizando el modelo multidimensional SERVQUAL. Se halló un 25 % de satisfacción. Los resultados estuvieron asociados con la baja satisfacción en los usuarios que tenían estudios de secundaria. Asimismo, se encontró asociación entre el nivel de estudio secundario y haber sido atendido en el servicio de Cirugía.

Fernández et al (2019) presentaron una investigación sobre clima organizacional y satisfacción del usuario externo en los servicios de Hospitalización del Instituto Nacional del Niño de Perú, para el cual se utilizó una encuesta que fue respondida por 125 trabajadores del servicio de Medicina. Para calificar el clima organizacional y medir la satisfacción del usuario externo se utilizó el SERVQUAL, el cual fue aplicado en 92 acompañantes de los pacientes pediátricos atendidos. Los resultados obtenidos fueron de 76.3 %, para el clima organizacional, y la satisfacción global del usuario fue de 64,4 %.

Arque (2016) presentó un trabajo de investigación sobre el clima organizacional en enfermeras que laboran en el servicio de Centro

Quirúrgico del hospital nacional de San Juan de Lurigancho cuyos resultados presentan que el 73,3 % percibe el clima organizacional como regular, el 20 % como excelente y el 6,7 % como deficiente. Para realizar la medición correspondiente, utilizaron el instrumento de Escala de Clima Organizacional modificado, de Litwin y Stringer, de 1968.

Alvarado (2014) desarrolló un trabajo de investigación sobre la relación entre clima organizacional y cultura de seguridad. El estudio incluyó 234 personas quienes fueron encuestadas utilizando el instrumento traducido al español del hospital Survey on Patient Safety Culture of Agency for Health Care Research and Quality. Los resultados obtenidos muestran una relación significativa entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente.

Solis (2013) desarrolló un trabajo de tesis sobre clima organizacional en trabajadores del hospital de Baja Complejidad Vitarte. El estudio fue realizado con un método cualitativo etnográfico, donde se desarrollaron entrevistas a profundidad a personal de salud seleccionado. La conclusión obtenida fue que los trabajadores perciben un clima organizacional medianamente favorable.

Flores (2020) realizó una tesis sobre la evaluación de la calidad de registro de las historias clínicas del Consultorio Externo de Psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. En este estudio, el autor evaluó 368 historias clínicas mediante un muestreo aleatorio simple, concluyendo que más de la mitad de las historias clínicas tiene una calidad de registro por mejorar.

Reyes (2020) elaboró una tesis de grado sobre la calidad de registro de las historias clínicas en el Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval. El objetivo fue evaluar la calidad de registro de las historias clínicas durante el 2014. Fue un estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. El instrumento utilizado fue la ficha de Auditoría de la Calidad de Atención de Emergencia, planteado por el Ministerio de Salud. El estudio incluyó a 378 historias clínicas, seleccionadas a través de un muestreo probabilístico de tipo aleatorio

sistemático. El 68,5 % tuvieron un resultado de calidad de registro “por mejorar”.

Montalvo et al (2020) elaboraron un trabajo de investigación titulado “*Evaluación del impacto económico para el tratamiento de pacientes confirmados por infección de COVID 19 en Perú*”. El objetivo fue estimar las pérdidas económicas por COVID 19 en Perú. Para ello, se determinaron los costos directos e indirectos. Los resultados obtenidos de un total de 363 pacientes COVID 19 confirmados, 12,3 % requirieron hospitalización y 3,9 % requirieron atención en Cuidados Intensivos. Los costos directos de cada paciente atendido fueron de 1708 dólares para el SIS, 2300 dólares para Es Salud y 3192 dólares para el sector privado. La conclusión fue que el costo de atención del paciente COVID 19 significa una carga económica importante para el Perú.

Tenorio et al (2020) publicaron un estudio cuyo objetivo era comparar los precios de venta de medicamentos esenciales para el manejo y tratamiento del COVID 19 en establecimientos farmacéuticos peruanos públicos y privados. Se desarrolló un estudio transversal con información reportada por establecimientos farmacéuticos públicos y privados. Los resultados mostraron que, en promedio, en el sector privado los precios son 11 veces mayores que en el sector público. Los tratamientos de casos severos pueden requerir hasta 64 días del salario mínimo en establecimientos privados. Finalmente, concluyeron que el tratamiento farmacológico de casos de COVID 19 supone un gasto importante para el sistema de salud público y también un gasto de bolsillo importante para las familias.

III. MARCO CONTEXTUAL

3.1. Calidad de salud en el Perú

El sistema de salud del Perú se caracteriza por ser segmentado y fragmentado, está constituido por el Ministerio de Salud (Minsa), EsSalud, Fuerzas Armadas (FFAA), Policía Nacional del Perú (PNP) y privados. El Minsa está compuesto por 26 unidades descentralizadas y 25 Direcciones Regionales de Salud (Diresa). Por su parte EsSalud, los institutos militares y la Policía Nacional disponen de su propia red de servicios que están distribuidos a nivel nacional. Asimismo, existe una red de servicios mixta que, siendo estatal, opera bajo el régimen privado, la cual fue implementada por la Municipalidad Metropolitana de Lima y se ha extendido a otros municipios de diferentes ciudades del país. También existen unidades de atención financiadas por ONGs aunque son escasas.

En el Perú, se realizaron esfuerzos aislados para mejorar la calidad asistencial. A partir de la década de los años 90, se inicia la apertura a mercados internacionales promoviendo que diferentes empresas del país se tornen más competitivas. Este nuevo escenario estimuló en años posteriores la necesidad de alcanzar certificaciones de calidad. En el sector salud, las certificaciones de calidad se iniciaron en el sector privado, aunque estos cambios fueron tardíos en comparación con otros rubros. Recientemente, muchas clínicas privadas iniciaron procesos de acreditación por instituciones reconocidas como la Joint Commission International.

De lado de la salud pública, recién a partir de la década de 1980 se promueve la incorporación de la acreditación hospitalaria como método de la garantía de la calidad, gracias a la iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud. Hacia 1990, se publican las diferencias de calidad, cobertura, acceso y oportunidad de la atención de salud; asimismo, se implementa un Sistema de Acreditación de Hospitales como una estrategia de garantía de la calidad. Durante el año 1994, se concretó la creación del Consejo Nacional de Calidad como órgano constitutivo de la presidencia. Estas iniciativas fueron gestionadas por el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), hoy EsSalud.

El proyecto 2000 fue un trabajo elaborado en colaboración con el Minsa y Usaid que promovió la utilización de los servicios de salud como un elemento central para la reducción de la mortalidad materna e infantil. El año 2001,

mediante RM N.º 768- 2001-SA/DM se generaron las bases para el sistema de gestión de la calidad. El año 2006, se publica el documento técnico denominado Sistema de Gestión de la Calidad en Salud con RM N.º 519-2006, que modifica y reemplaza al anterior. En este documento técnico se consignan las políticas, los conceptos y las líneas estratégicas de intervención. En el 2007, se publica la norma técnica N.º 050 de acreditación de establecimiento de salud y servicios de apoyo. Posteriormente, se publica la resolución ministerial N.º 370-2009 sobre las comisiones sectoriales de acreditación cuya función es acreditar los establecimientos de salud del país para mejorar y garantizar una mejor calidad en salud.

La Política Nacional de Calidad en Salud fue aprobada por RM N.º 727/MINSA, en el 2009. Ese año, se aprueba la directiva administrativa que regula la organización y el funcionamiento de las Comisiones Sectoriales de Acreditación de los Servicios de Salud (Aguirre, Alva y Álvarez, 2018).

De otro lado, se ha demostrado que para mejorar la calidad en los sistemas de salud es necesario tomar como punto de partida a la cobertura universal de salud (Kruk et al). El Perú, acorde con su política de salud, el 2009 promulga la Ley de Aseguramiento Universal de Salud cuyo objetivo es una cobertura al 100 % de toda la población peruana (Mezones et al., 2019).

El 2013, el MINSA publicó el documento técnico sobre indicadores de evaluación y gestión hospitalaria para hospitales, institutos y Diresa, allí se señala al tiempo estancia hospitalaria, la tasa de mortalidad neta y la tasa de infecciones intrahospitalarias como indicadores para la evaluación de la calidad a nivel hospitalario (Minsa, 2013). Por el lado empresarial, hacia el año 2013, según el Centro de Desarrollo Industrial (CDI) el país contaba con alrededor de 1200 empresas certificadas con el ISO 9001, esto significa que, de 1.713.272 empresas existentes (INEI, 2013), solo un 0,071 % estaba certificada. Una cifra muy minúscula teniendo en cuenta que el sector salud privado debe haberse encontrado aún más relegado (Lizarzaburu, 2016).

Nuevamente, enfocándonos en el sector público, para mejorar la infraestructura y calidad del recurso humano se requiere de inversión; en ese sentido, en el país el gasto público en salud, el año 2017, fue de 5 % del PBI y el gasto per cápita fue de \$ 332,57 en promedio. En comparación con otros países de Latinoamérica, este indicador se encuentra a dos puntos porcentuales por debajo

de la región. Adicionalmente, indicadores generales de la calidad de la salud pública señalan que, en el 2019, existían 16 camas por cada 10 mil habitantes (Minsa). El número de profesionales de salud era de 32 por cada 10 mil habitantes y el número de médicos por 10 mil habitantes era de 12.8, el año 2018 (Inga, y Arosquipa, 2019).

Recientemente, se incluyeron a las Administradoras de Fondos para el Aseguramiento en Salud (IAFAS) para mejorar la eficiencia e incrementar el aseguramiento, las cuales están obligadas a ofertar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) (Lazo, Alcalde y Espinosa, 2016).

Como previamente se había señalado, el aseguramiento universal en salud se constituye en un pilar importante de la calidad asistencial. Este incluye aspectos de seguridad social y derecho a la salud (Barboza 2009). Durante el periodo 2009-2017, hubo un incremento de la cobertura universal de salud por parte de las principales instituciones de salud: Minsa y EsSalud, considerando que el Perú tiene dos tipos básicos de seguro: el subsidiado y el contributivo. A la fecha, han transcurrido once años logrando una cobertura de 76,4 % de la población (Mezones et al, 2019)

Desde la aprobación y publicación de la norma técnica de acreditación de establecimientos de salud, han transcurrido varios años a pesar de que la Fundación Avedis Donabedian firmara, el 2014, un convenio con el Minsa para crear un modelo de acreditación. Pero, a la fecha, no se tienen datos oficiales sobre este avance. Esto significa que el sistema de gestión de la calidad de salud está relegado en comparación con otros países de la región. (Asociación de clínicas particulares del Perú, 2018).

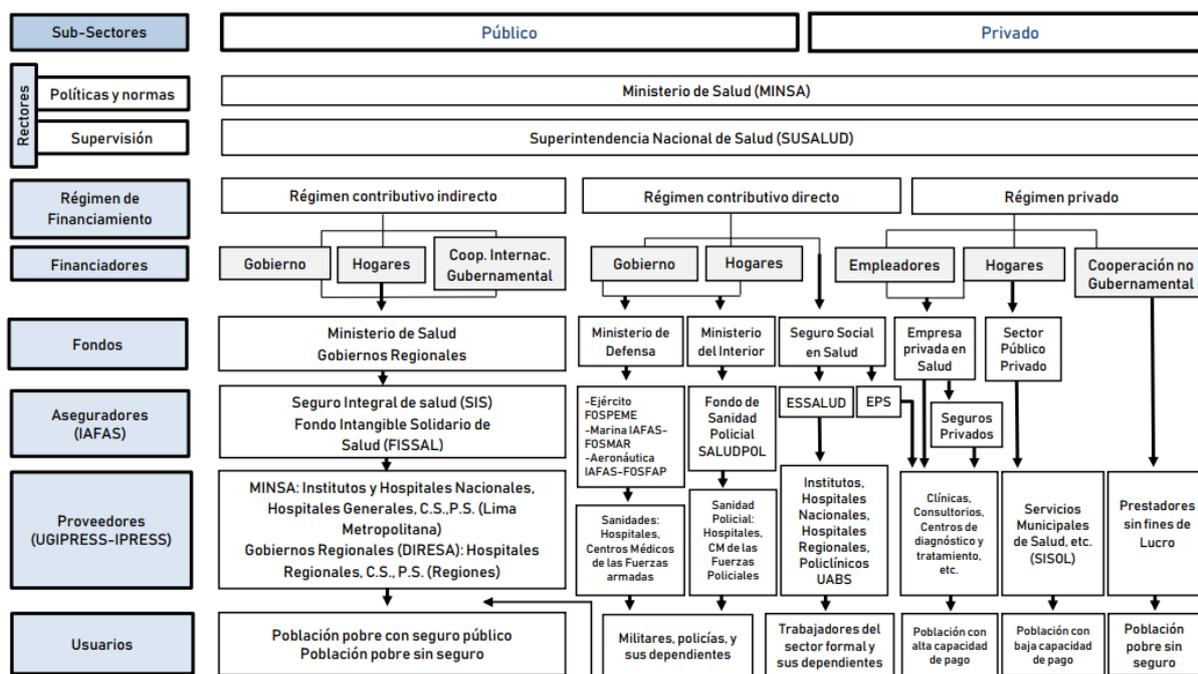


Figura N.º 2. Sistema de salud del Perú

3.2. Calidad de salud en contexto de pandemia

La actual crisis de salud pública provocada por la pandemia de coronavirus pone en evidencia los sistemas de salud endebles de Latinoamérica, caracterizados por gastos per cápita que, en promedio, representan la tercera parte de los de países europeos. Esta situación pone en relieve proyecciones negativas en temas de mortalidad asociada al COVID 19 y las enfermedades dejadas de atender en ese periodo, puesto que existe una relación directa con los niveles de calidad previos.

Los datos que se presentan a continuación brindan una visión parcial de la calidad basados en recomendaciones de expertos de salud durante la pandemia. A la fecha, el Perú tuvo un total de 58 604 fallecidos, alcanzando una tasa de letalidad de 3,38 %, de acuerdo con las cifras del Minsa, siendo el grupo etario de los adultos mayores los más afectados. De acuerdo con el ranking desarrollado por el Coronavirus Resouerse Center of Johns Hopkins University, el país reporta una tasa de víctimas de 122,1 por cada 100 mil habitantes, ubicándose en el puesto número tres de la clasificación mundial y el primero en Latinoamérica. Según información del Sinadef, el total de defunciones por COVID 19 alcanzó las 161 978 personas. Asimismo, la tasa de mortalidad se concentra en regiones de la costa, siendo más alta en regiones

del Callao, Moquegua, Ica, Lima y Tumbes. Por su parte, Ayacucho no supera la tasa nacional de defunciones. La tasa de letalidad fue de 14,04 % en adultos mayores, durante el 2020, y 11,75 %, para el 2021.

El número de camas UCI era de 100 aproximadamente antes de la pandemia y, actualmente, se pudieron implementar 2246 camas. Las camas de hospitalización para pacientes COVID alcanzaron los 13964. Asimismo, el número de profesionales especialistas en cuidados intensivos alcanza los 759 profesionales, de acuerdo con la base de datos del colegio médico.

El hospital II de Huamanga implementó ocho camas UCI y 28 camas de hospitalización. Actualmente, solo cuenta con un especialista en Medicina Intensiva. La tasa de letalidad alcanzó 2,72 %.

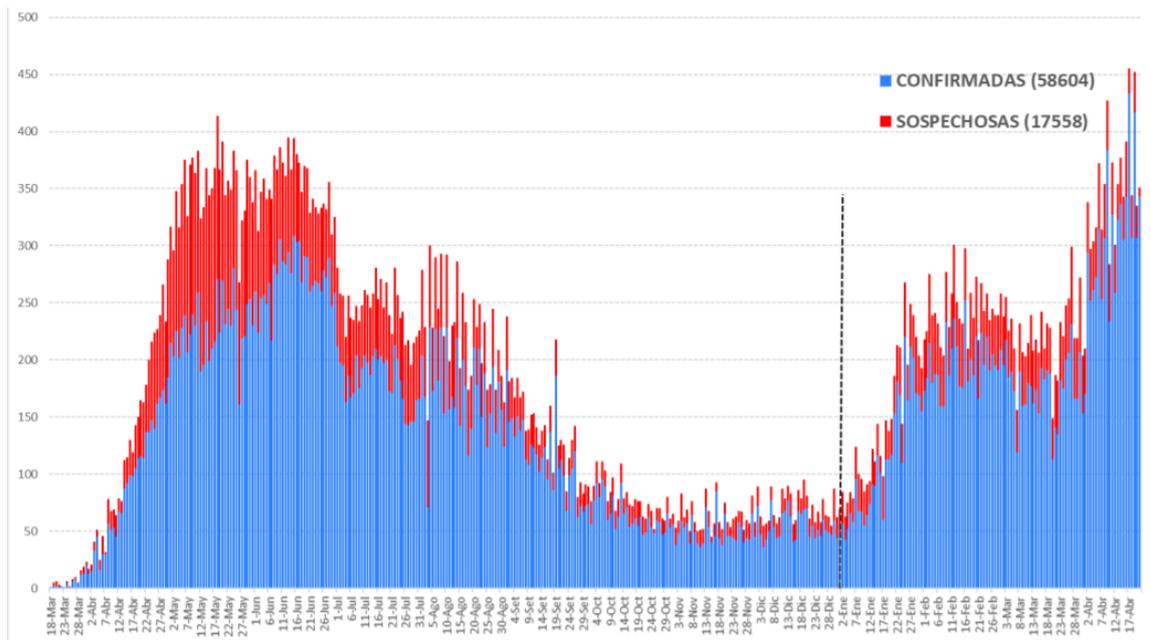


Figura N.º 3. *Tendencia de las defunciones de covid19 al 2021*
Fuente: Minsa

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo y diseño de investigación

El estudio de investigación es de tipo mixto (cuantitativo y cualitativo) con diseño anidado o incrustado concurrente de modelo dominante.

Estudio cuantitativo: Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal.

Estudio cualitativo: Se realizó un análisis cualitativo del registro realizado por medios audiovisuales a un grupo de participantes conformado por siete personas.

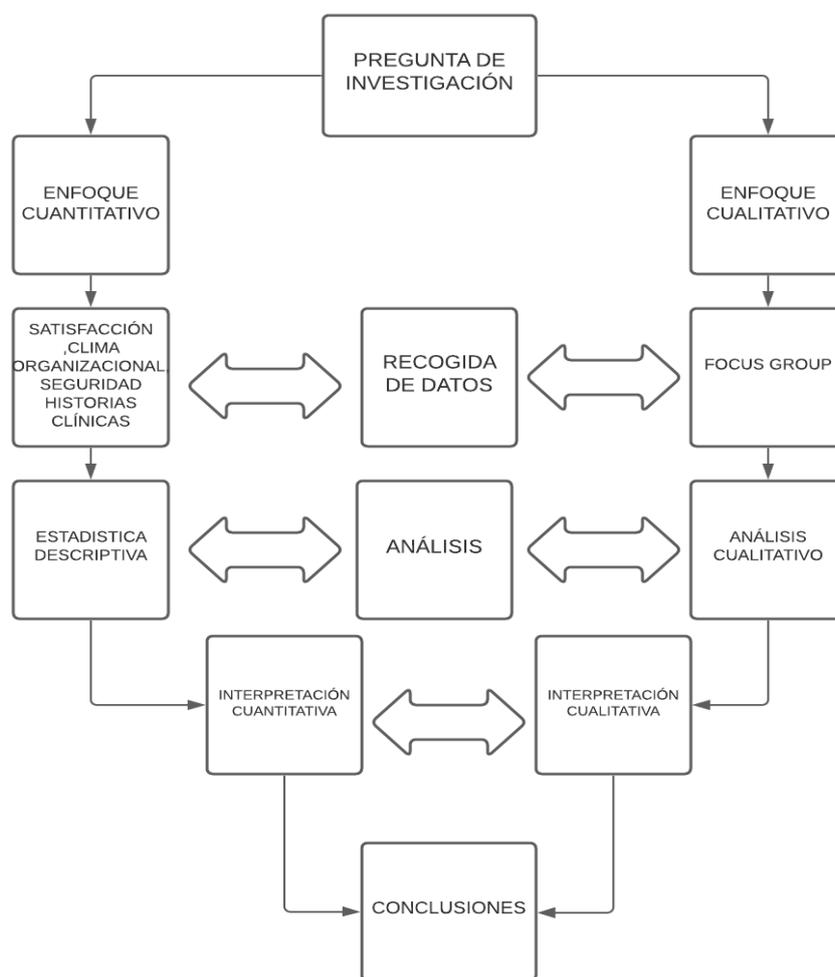


Figura N.º 4. Esquema del diseño de investigación
Fuente: Elaboración propia

4.2. Población

- Pacientes hospitalizados por cuadro de COVID 19 durante el periodo de pandemia.
- Pacientes atendidos en consultorio externo durante el periodo de pandemia.
- Trabajadores administrativos y asistenciales que laboran en la institución.
- Historias clínicas de los pacientes hospitalizados con diagnósticos de COVID 19 que desarrollaron el instrumento SERVQUAL.

4.3. Muestra de estudio cuantitativo

- *Muestra 1 (pacientes atendidos en hospitalización):*

Todos los pacientes captados en el Área de Hospitalización por cuadro de COVID 19 en el periodo de julio a octubre de 2020.

Muestra 2(pacientes atendidos en consultorio externo)

Luego de la cuarentena decretada por el gobierno, se inició la reapertura de la atención en consultorio externo. Se utilizó el cálculo para población infinita, con un nivel de confianza del 95 % y error estándar del 5 %. Se estimaron 384 personas. Finalmente, se incluyeron 399 historias clínicas. Las encuestas se realizaron durante los meses de enero a marzo de 2021. La selección se realizó mediante un muestreo sistemático.

Muestra 3 y 4 (trabajadores del hospital):

El total de trabajadores está conformado por 495 personas. Para el cálculo de la muestra se utilizó la fórmula de poblaciones finitas cuyo cálculo fue de 217, seguidamente se aplicó una fórmula para poblaciones reducidas la cual se estima en 152, el muestreo fue probabilístico.

Muestra 5(historias clínicas):

Todas las historias de los pacientes hospitalizados que desarrollaron el instrumento SERVQUAL.

4.4.Muestra de estudio cualitativo

Muestra 6

Trabajadores de salud del hospital. Muestreo por conveniencia y con deseo de participar en el estudio. En el estudio participaron siete personas.

4.5. Criterios de elegibilidad para obtener muestra de pacientes de estudio cuantitativo

Muestra 1

a. Criterios de inclusión

Pacientes confirmados y sospechosos de COVID 19 hospitalizados durante el periodo del desarrollo de la investigación.

Personas mayores de 18 años.

b. Criterios de exclusión

Personas con discapacidad visual, auditiva o mental.

Muestra 2

a. Criterios de inclusión

Pacientes que acuden para atención por consultorio externo durante el periodo de desarrollo de la investigación.

Personas mayores de 18 años.

b. Criterios de exclusión

Personas con discapacidad visual, auditiva o mental.

Muestra 3 y 4

a. Criterios de inclusión

Trabajadores de salud de áreas administrativas y asistenciales del hospital II de Huamanga con tiempo de contrato mayor a 2 meses.

b. Criterios de exclusión

Trabajadores de salud que realicen labores de gestión o jefaturas.

4.6. Criterios de elegibilidad para obtener muestra de pacientes de estudio cualitativo

Muestra 5

a. Criterios de inclusión

Trabajadores de salud de la institución con una antigüedad mayor a dos meses de contrato.

b. Criterios de exclusión

Trabajadores de salud que realicen labores de gestión o jefaturas.

4.7. Lugar de estudio

El estudio se realizó en el hospital II “Carlos Tupia García Godos” de EsSalud de la provincia de Huamanga del departamento de Ayacucho.

4.8. Técnicas e instrumentos cuantitativos para la recolección de la información

Las técnicas utilizadas en el presente estudio fueron las encuestas y la observación.

4.8.1. Descripción del instrumento SERVQUAL

El SERVQUAL es un instrumento de escala multidimensional para evaluar la calidad del servicio brindado en empresas del sector educación, salud, etc., desarrollado por Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry, quienes refieren que la comparación entre las expectativas generales de los usuarios (clientes, pacientes, beneficiarios, etc.) y sus percepciones respecto del servicio que presta una organización. Puede constituir una medida de calidad del servicio y la brecha existente entre ambas un indicador para mejorar (Minsa).

El instrumento consta de 22 preguntas de expectativas y 22 preguntas de percepciones, distribuidas en 5 criterios de evaluación de la calidad:

- a. Fiabilidad:* Habilidad y cuidado de brindar el servicio ofrecido en forma tal como se ofreció y pactó. Ítems del 1 al 5
- b. Capacidad de respuesta:* Disposición y buena voluntad de ayudar a los usuarios y proveerlos de un servicio rápido y oportuno. Ítems del 6 al 9.
- c. Seguridad:* Cortesía y habilidad para transmitir credibilidad, confianza y confianza en la atención con inexistencia de peligros, riesgos o dudas. Ítems del 10 al 13.
- d. Empatía:* Disponibilidad para ponerse en el lado del otro, pensar primero en el paciente y atender, según características y situaciones particulares. Cuidado y atención individualizada. Ítems del 14 al 18.
- e. Aspectos Tangibles:* Apariencia de las instalaciones físicas, equipamiento, apariencia del personal y materiales de comunicación. Ítems del 19 al 22.

4.8.1.1. Baremación

Se determina el nivel de satisfacción como indicador según el nivel de insatisfacción, esta clasificación se hace extensiva por pregunta, por criterio y por puntaje global del cuestionario. El estándar esperado es mayor al 60 %.

Tabla N.º 3.

| <i>Categorías de satisfacción</i> | |
|-----------------------------------|-------------|
| Porcentaje de insatisfacción | Categoría |
| Más de 60 % | Por Mejorar |
| 40-60 % | En proceso |
| Menos de 40% | Aceptable |

Fuente: Minsa

4.8.1.2. Validez y confiabilidad

Cabello y Chirinos (2012) para la validación del SERVQUAL utilizaron el análisis factorial exploratorio por componentes principales, seguido de rotación Varimáx. Comprobaron los supuestos de aplicación del análisis factorial mediante el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. Consideraron apropiado un valor entre 0,5 a 1,0 para el índice KMO y significativo un $p < 0,05$ para la prueba de esfericidad de Bartlett. La confiabilidad de la encuesta la exploraron mediante la determinación del coeficiente alfa de Cronbach, interpretándose como buena confiabilidad a valores $> 0,7$.

4.8.2. Descripción del instrumento escala de clima organizacional

4.8.2.1. Ficha técnica

- a. Nombre del Test : Escala de clima laboral
- b. Nombre del Autor : Sonia Palma Carrillo.
- c. Particularidad : Instrumento de exploración psicológico
- d. Objetivo : Evaluar el nivel del clima laboral de trabajadores
- e. Estructuración: La prueba tiene cinco factores:

Factor I: Realización personal. Se refiere a la apreciación que tiene el trabajador en relación con las posibilidades del entorno organizacional, básicamente se evalúa si el centro laboral favorece el desarrollo profesional y personal, contingente a la tarea y con miras a futuro.

Factor II: Involucramiento Laboral. Hace referencia a la identificación y el compromiso con los valores y el desarrollo de la organización.

Factor III: Supervisión. Describe las apreciaciones de funcionalidad y significado que asignan los superiores al monitorizar y controlar la actividad laboral de sus subordinados. También registra la relación de apoyo y guía que reciben los trabajadores para las tareas y funciones que forman parte de su rendimiento diario

Factor IV: Comunicación. Se refiere a la percepción del nivel de fluidez, celeridad, claridad, coherencia y precisión de la información relativa al funcionamiento interno de la organización, también evalúa lo implicado en el proceso de atención a usuarios y/o clientes de la institución.

Factor V: Condiciones laborales. Alude al reconocimiento que los empleados tienen sobre la organización; es decir, aceptan o no que dicha entidad brinda los elementos materiales, económicos y/o

psicosociales requeridos para el cumplimiento de las tareas y funciones delegadas.

4.8.2.2. Características del inventario

- a. Escala tipo Lickert
- b. Consta de 50 ítems
- c. Administración: individual y colectiva
- d. Tiempo: Aproximadamente 30 minutos
- e. Utilidad: Elaboración de planes de intervención a nivel organizacional
- f. Edad: 17 en adelante
- g. Datos normativos: Se utilizan los datos proporcionados por la muestra original (1323 empleados), expresados en percentiles

4.8.2.3. Calificación

El puntaje total resulta de sumar las puntuaciones alcanzadas en las respuestas a cada ítem. El puntaje que se puede alcanzar oscila entre 50 y 250. Los puntajes altos significan un "Clima Laboral Favorable" y los puntajes bajos un "Clima Laboral Desfavorable". Los puntajes se asignan como sigue: Ninguno o Nunca (1 punto), Poco (2 puntos), Regular o Algo (3 puntos), Mucho (4 puntos) y Todo o Siempre (5 puntos)

Tabla N.º 4.

Puntajes de Clima Organizacional

| CATEGORÍA | FACTORES | PUNTAJE TOTAL |
|------------------|----------|---------------|
| Muy Favorable | 42 - 50 | 210 - 250 |
| Favorable | 34 - 41 | 170 - 209 |
| Medio | 26 - 33 | 130 - 169 |
| Desfavorable | 18 - 25 | 90 - 129 |
| Muy desfavorable | 10 - 17 | 50 - 89 |

Fuente: Sonia Palma (2004)

4.8.2.4. Validez del instrumento

En cuanto a la validez de criterio, la escala presenta correlaciones de .97 (Alfa de Cronbach) y de .90 (Split Half de Guttman), lo cual indica una alta consistencia interna de los datos, por lo que se puede considerar que el instrumento es confiable. Asimismo, las correlaciones fueron positivas y significativas en las cinco dimensiones del clima organizacional (mayores a 0.6). Por otro lado, la autora aplicó un análisis factorial exploratorio y rotación Varimax, lo cual confirma la validez de constructo (Palma, 2004).

4.8.3. Descripción del instrumento de cultura de seguridad del paciente

4.8.3.1. Ficha técnica

| | |
|------------------|--|
| Nombre de Test | : Hospital Survey on Patient Safety Culture |
| Nombre del Autor | : Medical Errors Workgroup of The Quality Interagency Coordination Task Force |
| Particularidad | : Instrumento de exploración Psicológico. |
| Año | : 2004 |
| Objetivo | : Evaluar la cultura de seguridad del paciente |
| Estructuración | : La prueba tiene 12 dimensiones |
| Adaptación | : Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia. |

4.8.3.2. Dimensiones de cultura de seguridad

a. Resultados de cultura de seguridad

- Frecuencia de eventos notificados.
- Percepción de seguridad.

b. Cultura de seguridad a nivel de unidad o servicio

- Expectativa y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/Servicio que favorecen la seguridad.
- Aprendizaje organizacional /mejora continua.
- Trabajo en equipo en la unidad o servicio.
- Franqueza en la comunicación.
- Feed back y comunicación sobre errores.
- Respuesta no punitiva a los errores.
- Dotación del personal.
- Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente

c. Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital

- Trabajo en equipo entre unidades.
- Problemas en cambio de turnos y transiciones entre servicio y unidades

4.8.3.3. Confiabilidad del instrumento

A continuación, se presentan los diferentes valores por cada dimensión.

Tabla N.º 5.
Alfa de Cronbach de cada dimensión

| DIMENSIÓN | ALFA DE CRONBACH |
|--|------------------|
| Notificación de eventos relacionados con la seguridad | 0,88 |
| Percepción global de la seguridad | 0,65 |
| Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio en apoyo de la seguridad | 0,84 |
| Aprendizaje organizacional/ mejora continua | 0,68 |
| Trabajo en equipo en la unidad/servicio | 0,82 |
| Franqueza en la comunicación | 0,66 |
| Feed back y comunicación sobre errores | 0,73 |
| Respuesta no punitiva a los errores | 0,65 |
| Dotación de personal | 0,64 |

| | |
|--|------|
| Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente | 0,81 |
| Trabajo en equipo entre unidades | 0,73 |
| Problema en el cambio de turno y transiciones entre servicios y unidades | 0,74 |

Fuente: Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia

4.8.3.4. Análisis de resultados

Las respuestas se codifican en tres categorías: negativo, neutral, positivo.

Para los indicadores de cada nivel, se aplicó la siguiente fórmula:

- Sumatoria de respuestas (positivas, neutras, positivas) de una dimensión x 100/Total de respuestas de una dimensión.

Para determinar la dimensión como fuerte o débil, se utilizan los siguientes parámetros:

- Para fuerte: mayor o igual 75 % respuestas positivas para ítems formulados positivamente. Mayor o igual a 75 % para respuestas negativas para ítems formulados negativamente.
- Para débil: mayor o igual de 50 % respuesta negativa para ítems formulados positivamente. Mayor o igual a 50 % de respuestas positivas para ítems formulados negativamente.

4.8.4. Ficha de recolección de datos: costos en hospitalización

(Ver anexo F)

4.9. Técnicas e instrumentos cualitativos para la recolección de la información

Las técnicas utilizadas en el presente estudio fueron la observación, la revisión bibliográfica y la entrevista.

En esta etapa de la investigación, se ha utilizado el “Grupo Focal” que es una técnica que consiste en una entrevista grupal dirigida por un moderador a través de una guía de discusión grupal de preguntas. Se busca la interacción de los participantes como método para generar información (Prieto y March, 2002). Es una técnica que busca profundizar en las actitudes, creencias y motivaciones. Una de sus utilidades es ampliar y complementar información de datos cuantitativos

(Apeim, 1999).

El instrumento cuenta de nueve preguntas y un ítem sobre propuesta de mejora. Este fue elaborado a partir de la revisión de fuentes secundarias (Ver anexo G).

4.10. Procedimiento

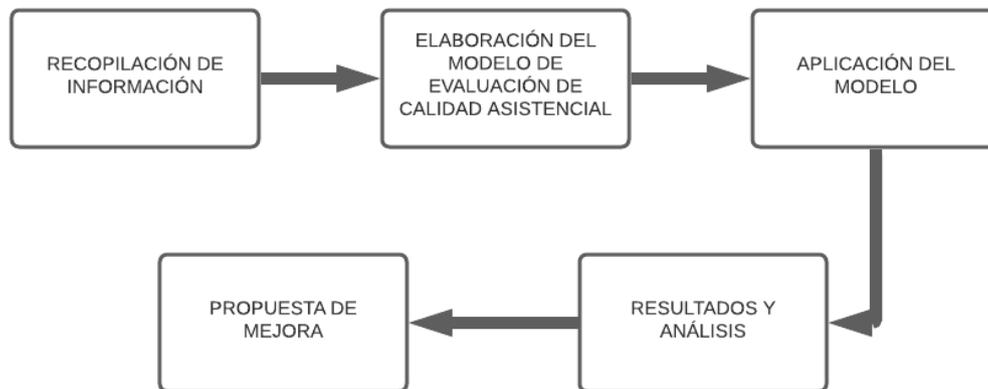


Figura N.º 5. *Procedimiento del estudio*

Fuente: elaboración propia

4.10.1. Recopilación de información

Mediante la revisión de fuentes primarias y secundarias, se decidió utilizar el modelo Donabedian para la evaluación de la calidad asistencial, seguidamente se seleccionaron indicadores de estructura, de proceso y de resultado, los cuales se consolidaron en un proyecto de investigación que fue aprobado por la universidad y por la oficina de capacitación e investigación del hospital, quienes autorizan la ejecución del proyecto de investigación.

4.10.2. Elaboración del modelo

Tabla N.º 6

Modelo de evaluación de la calidad según Donabedian

| INDICADORES DE ESTRUCTURA | |
|--|-------------------|
| Indicador | Estándar |
| Número de camas de hospitalización | 4 por mil hab |
| Número de camas UCI | 6 por 100 mil hab |
| Número de médicos | 2 -3cada 1000 hab |
| Número de enfermeras | 3-4 cada 1000 hab |
| Clima organizacional | 80 % |
| INDICADORES DE PROCESO | |
| Indicador | Estándar |
| Tiempo promedio de admisión | 2 min |
| Tiempo promedio de laboratorio | 15 min |
| Tiempo promedio de atención médica | 30-45 min |
| Grado de cumplimiento horas programadas en consultorio externo | 98% |
| Porcentaje de horas quirúrgicas efectivas | 90% |
| Seguridad del paciente | 70% |
| Registro de historia clínica | mayor 80% |
| INDICADORES DE RESULTADOS | |
| Indicador | Estándar |
| Rendimiento hora - médico | 5 |
| Rendimiento cama -hospitalización | 6 |
| Rendimiento de sala de operaciones | 85% |
| Tasa de mortalidad hospitalaria | 2% |
| Promedio de estancia | 5.80% |
| Satisfacción del usuario hospitalización | mayor 80% |
| Satisfacción del usuario consulta externa | mayor 80% |
| Porcentaje de citas perdidas | menor 10% |
| Costos de hospitalización | no definido |
| Ejecución presupuestaria | 100% |

Fuente: Elaboración propia

4.10.3. Aplicación del modelo

Paso 1: Posterior a la autorización por parte de la oficina de capacitación e investigación, se procedió a la aplicación del modelo elaborado para el cual la oficina de estadística e informática del hospital brindó la información de los diferentes indicadores que se reportan mensualmente.

Paso 2: Seguidamente, se aplicó el cuestionario de satisfacción a los pacientes durante el ingreso a hospitalización y el alta hospitalaria en el periodo de la primera ola de la pandemia del coronavirus.

Paso 3: Se auditaron las historias clínicas de los pacientes que estuvieron hospitalizados y que resolvieron el cuestionario SERVQUAL de percepción, para el cual se utilizó el formato de calidad de registro de historias clínicas de hospitalización del Ministerio de Salud.

Paso 4: Se aplicaron los instrumentos para valorar el clima organizacional y la seguridad del paciente en trabajadores de salud que laboraban desde el inicio de la pandemia.

Paso 5: Se realizó la encuesta de satisfacción a los pacientes atendidos en consultorio externo durante la segunda ola de la crisis sanitaria.

Paso 6: Se desarrolló la técnica de grupo focal en trabajadores de salud que laboran desde el periodo prepandemia.

4.10.4. Resultados y análisis

Los datos recopilados fueron procesados y analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 25.

4.10.5. Propuesta de mejora

Se realizó a partir de los resultados obtenidos.

V. APLICACIÓN DEL MODELO

5.1. Contexto de la institución

5.1.1. Hospital II Carlos Tupppia García Godos – EsSalud

A. Jurisdicción de influencia

- Región Ayacucho: La región de Ayacucho se ubica en la región central de la cordillera de los Andes. Tiene una altitud que abarca desde los 491 msnm hasta 5595 msnm. El departamento de Ayacucho está conformado por 11 provincias.

De acuerdo con el censo de 2017, existe una población de 282 mil 194 personas, con una tasa de crecimiento de 0,1 %. El 49,4 % son varones y 50,6 % son mujeres. Las provincias de Huamanga y Huanta reúnen la mayor población urbana 74,2 %. En relación con la estructura poblacional, los menores de 15 años son el 28,6 %, las persona entre 15 y 64 años representan el 62,6 % y, finalmente, los mayores de 65 años son el 8,8 % de la población (INEI, 2018).

- Ubicación: Se encuentra ubicado en el distrito de San Juan Bautista, provincia de Huamanga, departamento de Ayacucho.
- Base legal para la creación del hospital:
 - Ley N.º 27056. Ley de Creación del Seguro Social de Salud (EsSalud) y su Reglamento aprobado por D.S N.º 002-99-TR.
 - Ley N.º 25790. Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento aprobado por D.S N.º 009-97-SA, modificado por D.S N.º 001-98-S.A.
 - Ley N.º 26842, Ley General de Salud

- Organigrama

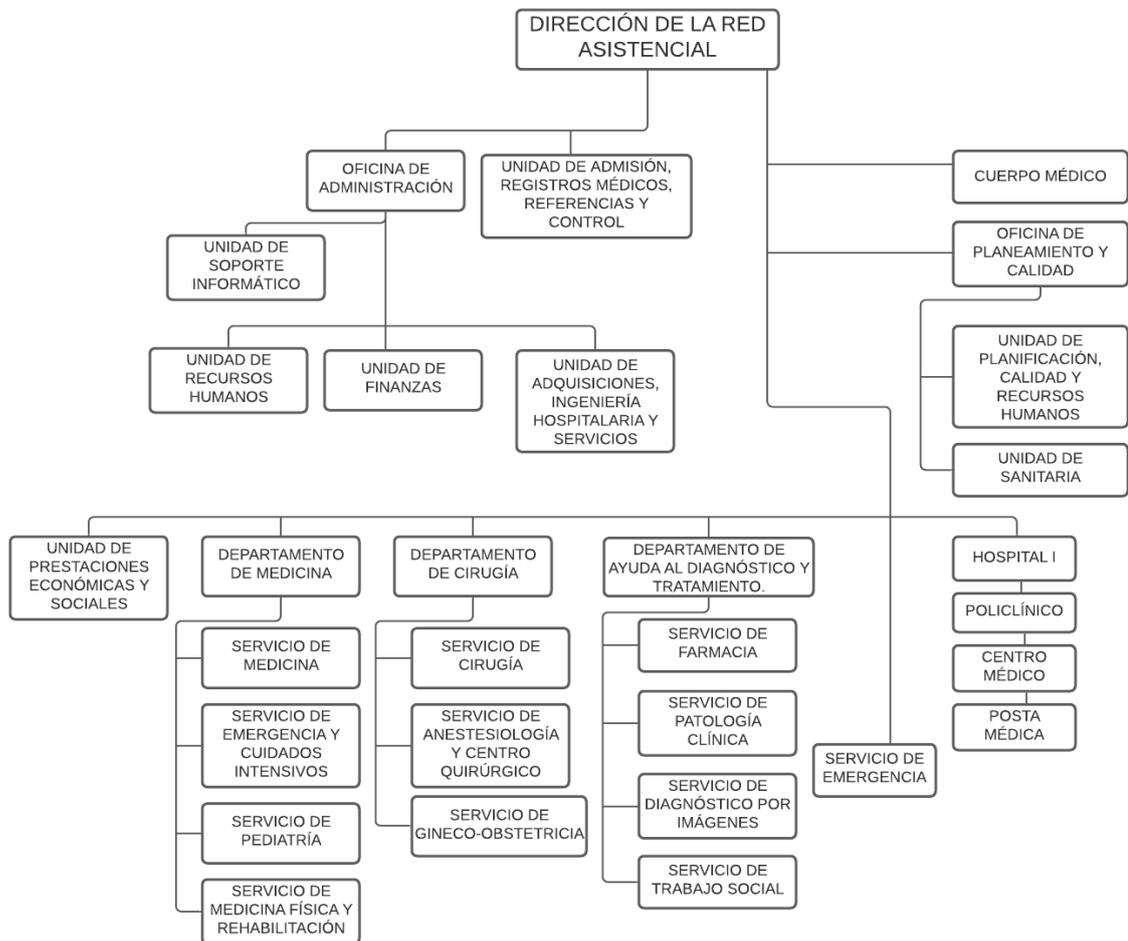


Figura N.º 6. Organigrama del hospital

Fuente: Unidad de Recursos humanos

- Misión: La institución de la seguridad social de salud persigue el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas, sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y eficiente.
- Visión: Ser una institución que lidere el proceso de universalización de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del estado.
- Infraestructura del hospital



Figura 7. Plano de la infraestructura del hospital
Fuente: unidad ingeniería sanitaria del Hospital III

- Recursos humanos

Tabla N.º 7.

Personal que labora en el Hospital II de Huamanga

| PROFESIÓN | FRECUENCIA |
|-----------------------|-------------------|
| Médico | 86 |
| Enfermera | 91 |
| Tecnólogo médico | 17 |
| Obstetriz | 26 |
| Psicólogo | 4 |
| Cirujano dentista | 16 |
| Biólogo | 5 |
| Químico farmacéutico | 10 |
| Nutricionista | 5 |
| Técnico de enfermería | 46 |
| Administrativo | 189 |
| TOTAL | 573 |

Fuente: Unidad de Recursos Humanos

- Cobertura de atención: El Hospital II de Huamanga brinda atención a más de 113 062 mil asegurados, con 573 profesionales, asimismo la Red Asistencial Ayacucho cuenta con 10 establecimientos de salud a nivel provincial.

Tabla N.º 8

Población activa de la red asistencial Ayacucho

| NIVEL | CENTRO ASISTENCIAL | POBLACIÓN ASIGNADA |
|--------------|-------------------------------------|---------------------------|
| H-II | Hospital Carlos Tuppia Garcia godos | 34465 |
| | CAP | |
| III | Metropolitano Ayacucho | 50830 |
| | CAP | |
| III | Huanta | 10334 |
| PM | San Miguel | 3753 |
| PM | Cangallo | 3220 |
| PM | San Francisco | 2064 |
| PM | Vilcashuaman | 1988 |
| PM | Querobamba | 1709 |
| CAP | Huancasancos | 1919 |
| PM | Huancapi | 2780 |
| | | 113062 |

Fuente: Unidad de Estadística del Hospital II

Tabla N.º 9

Servicios del Hospital Carlos Tuppia Garcia Godos - EsSalud

| CATEGORÍA | UPSS (Unidad prestadora de servicio de salud) |
|------------------|--|
| | Consulta externa |
| | Emergencia |
| | Hospitalización |
| | Centro obstétrico |
| | Centro quirúrgico |
| | Cuidados intensivos |
| | Medicina de Rehabilitación |
| | Diagnóstico por imágenes |
| | Patología clínica |

| | |
|--------------|---|
| Categoría II | Anatomía patológica |
| | Farmacia |
| | Banco de sangre y centro de hemoterapia |
| | Nutrición y dietética |
| | Central de esterilización |

Fuente: Minsa

5.2. Aplicación del modelo en el hospital II Carlos Tupia García Godos de EsSalud

5.2.1. Indicadores de estructura

Tabla N.º 10

Indicadores de estructura

| INDICADORES DE ESTRUCTURA | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|-----------|-----------|
| Indicador | Estándar | Resultado | Variación |
| Número de camas de hospitalización | 4 por mil hab 6 por 100 mil hab | 2 | 2 |
| Número de camas UCI | 2 cada 1000 hab | 4 | 2 |
| Número de médicos | 2.5 cada 1000 hab | 1 | 1 |
| Número de enfermeras | hab | 1.2 | 1.3 |
| Clima organizacional | 80 % | 35.10 % | 44.9 |

Fuente: Elaboración propia

Tabla N.º 11

Puntaje total de clima organizacional.

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: El 32.8 % de los trabajadores encuestados tiene una percepción media del clima organizacional, el 27.1 % percibe como desfavorable y el 24.9 % percibe el clima organizacional como favorable.

5.2.2. Indicadores de proceso

Tabla N.º 12.

Indicadores de proceso

| Categoría | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|------------|------------|
| Muy desfavorable | 9 | 5,1% |
| Desfavorable | 48 | 27,1% |
| Medio | 58 | 32,8% |
| Favorable | 44 | 24,9% |
| Muy favorable | 18 | 10,2% |
| Total | 177 | 100,0% |

| INDICADORES DE PROCESO | | | |
|--------------------------------|----------|-----------|-----------|
| Indicador | Estándar | Resultado | Variación |
| Tiempo promedio de admisión | 2 min | 3.4 min | 1.4 |
| Tiempo promedio de laboratorio | 15 min | 29.34 min | 14.34 |

| | | | |
|--|-----------|--------|------|
| Tiempo promedio de atención médica | 30-45 min | 40 min | 5 |
| Grado de cumplimiento horas programadas en consultorio externo | 98% | 55.40% | 42.6 |
| Porcentaje de horas quirúrgicas efectivas | 90% | 25.10% | 64.9 |
| Seguridad del paciente | 70% | 37.30% | 32.7 |
| Registro de historia clínica | mayor 80% | 29.90% | 50.1 |

Fuente: Elaboración propia



Figura N.º 8. Seguridad del paciente
Fuente: Elaboración propia

Tabla N.º 13.

Calidad de registro de historia clínica

| Calificación | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| Satisfactorio | 43 | 29,9% |
| Por mejorar | 99 | 68,8% |
| Deficiente | 2 | 1,4% |
| Total | 144 | 100,0% |

Fuente: elaboración propia

Interpretación: El 68.8 % de las historias analizadas la calidad de registro es por mejorar, el 29.9 % es satisfactorio y el 1.4 % es deficiente.

5.2.3. Indicadores de resultado

Tabla N.º 14

Indicadores de resultado

| INDICADORES DE RESULTADO | | | |
|--|-----------------|------------------|------------------|
| Indicador | Estándar | Resultado | Variación |
| Rendimiento hora - médico | 5 | 3.99 | 1.01 |
| Rendimiento cama -hospitalización | 6 | 3.03 | 2.97 |
| Rendimiento de sala de operaciones | 85 % | 75 % | 10 |
| Tasa de mortalidad hospitalaria | 2 % | 6.90 % | 4.90 |
| Porcentaje de infecciones intrahospitalarias | 0-7 % | 8.5 % | 1.5 |
| Promedio de estancia | 5.8 | 10 | 4.2 |
| Satisfacción del usuario hospitalización | mayor 80 % | 66.12 % | 13.88 |
| Satisfacción del usuario consulta externa | mayor 80 % | 31.82% | 48.18 |
| Porcentaje de citas perdidas | menor 10 % | 12 % | 2 |
| Costos de hospitalización | no definido | | |
| Ejecución presupuestaria | 100 % | 88 % | 12 |

Fuente: Elaboración propia

Tabla N.º 15

Puntaje global dimensiones de satisfacción en hospitalización

| | FRECUENCIA | | PORCENTAJE | |
|--------------------|--------------|------------|--------------|------------|
| | INSATISFECHO | SATISFECHO | INSATISFECHO | SATISFECHO |
| FIABILIDAD | 47 | 97 | 32,6% | 67,4% |
| CAPACIDAD | | | | |
| RESPUESTA | 53 | 91 | 36,8% | 63,2% |
| SEGURIDAD | 40 | 104 | 27,8% | 72,2% |
| EMPATÍA | 49 | 95 | 34,0% | 66,0% |
| ASPECTOS TANGIBLES | 55 | 89 | 38,2% | 61,8% |

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se aprecia que, en la dimensión seguridad, la satisfacción alcanza un 72,2 % y, en la dimensión aspectos tangibles, la satisfacción fue de 61,8 %.

Tabla N.º 16

Puntaje global dimensiones de satisfacción en consulta externa

| | FRECUENCIA | | PORCENTAJE | |
|--------------------|--------------|------------|--------------|------------|
| | INSATISFECHO | SATISFECHO | INSATISFECHO | SATISFECHO |
| FIABILIDAD | 266 | 133 | 66,7% | 33,3% |
| CAPACIDAD | | | | |
| RESPUESTA | 283 | 116 | 70,9% | 29,1% |
| SEGURIDAD | 278 | 121 | 69,7% | 30,3% |
| EMPATÍA | 268 | 131 | 67,2% | 32,8% |
| ASPECTOS TANGIBLES | 265 | 134 | 66,4% | 33,6% |

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se observa que el 33,6 % de los pacientes atendidos en consulta externa son satisfechos en la dimensión aspectos tangibles y el 29,1 % son satisfechos en la dimensión capacidad de respuesta.

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS CUANTITATIVOS

Luego de la aplicación de los indicadores de acuerdo con el modelo Donabedian, se puede afirmar que existe un alto número de indicadores que tienen que revisar su proceso.

El clima organizacional, como parte de los indicadores de estructura, alcanzó un 35.10 % entre “satisfactorio” y “muy satisfactorio” como medición global. El instrumento psicométrico utilizado para este estudio fue el de Sonia Palma, el cual considera cinco dimensiones. La dimensión “Realización personal” obtuvo la más baja calificación, con un 20.9 % entre satisfactorio y muy satisfactorio, esta dimensión hace referencia a cómo el entorno organizacional favorece el desarrollo personal y profesional con miras al futuro. La segunda dimensión “Involucramiento laboral” obtuvo el resultado más alto con 50.8 % entre satisfactorio y muy satisfactorio. Esta dimensión muestra el grado de identificación con los valores de la organización. Otra dimensión de este instrumento es la “Supervisión”, la cual valora el grado de percepción de los trabajadores respecto de los superiores encargados de controlar y supervisar las actividades, así como el apoyo y la guía de parte de los jefes. En relación con esta dimensión, los resultados muestran un 45.8 % de satisfactorio y muy satisfactorio. La cuarta dimensión hace referencia a la “Comunicación”, la cual alcanzó valores de 29.4 %, en este sentido, esta dimensión mide el nivel de información óptima dentro del funcionamiento de la organización, así como el proceso de atención de los usuarios. Por último, las “Condiciones laborales” grafican las recompensas que otorga la organización hacia los trabajadores. Los hallazgos en este estudio representan 41.8 % entre satisfactorio y muy satisfactorio.

De los indicadores de proceso, el único indicador satisfactorio es el tiempo promedio de atención en consultorio externo que representa el 4.5 % del total de indicadores. El tiempo promedio de laboratorio representa un exceso 14 minutos, estableciéndose como el tiempo de espera más prolongado. Por otro lado, existen siete indicadores que tienen que mejorar sus procesos, los cuales representan el 31.5 % del total de indicadores. Es necesario mencionar que la medición de los tiempos de espera fue realizada por el autor.

Para medir la seguridad del paciente se utilizó la cultura de seguridad a través del instrumento hospital Survey on Patient Safety Culture, el cual está constituido por 12 dimensiones. La cultura de seguridad global se mide por la frecuencia de eventos notificados y la percepción de seguridad, teniendo un hallazgo positivo en el 27.1 % y el 45.6 % respectivamente. De todas las dimensiones evaluadas, ninguna logró resultados de fortaleza. En relación con la cultura de seguridad del servicio, la dimensión de “Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio en apoyo de la seguridad” tiene como resultado negativo de 50.8 %, considerándose una oportunidad de mejora. La dimensión “Aprendizaje organizacional y mejora continua” alcanzó un resultado positivo de 52.6 %. Respecto del “Trabajo en equipo en el servicio”, los resultados muestran un 58.8 % como positivo. La dimensión “Franqueza en la comunicación” muestra un resultado de 23 % positivo. La siguiente dimensión “Feed- back y comunicación sobre errores” tiene un resultado positivo de 27.9 %. Otra dimensión “Respuesta no punitiva a los errores” obtuvo un 32.2 % positivo. La dimensión “Dotación de personal” tiene un resultado positivo de 58.8 %. Como última dimensión de esta escala, se considera el “Apoyo de la gerencia del hospital a la seguridad”, la cual muestra un resultado de 43.7 % positivo.

Adicionalmente, en la escala de “Cultura de seguridad de todo el hospital” se incluye a la dimensión de “Trabajo en equipo entre unidades” y “Problemas de cambio de turno y transición entre servicios” los cuales alcanzaron resultados de 41 % y 52.3 % respectivamente.

Otro indicador básico e importante para la medición de procesos es la calidad de registro de la historia clínica del servicio de hospitalización por COVID 19. En este estudio, se obtuvo un resultado satisfactorio en el 29.9 % de las historias clínicas evaluadas. El mayor porcentaje de las historias evaluadas presentaron un resultado por mejorar de 68.8 %.

Ninguno de los indicadores de resultado alcanzó un grado satisfactorio, es decir, el 45% de los indicadores planteados en el estudio requieren mejorar sus procesos. La tasa de mortalidad es uno de los indicadores que más difiere en comparación con su estándar. Asimismo, el tiempo prolongado de estancia hospitalaria tiene un efecto sobre los costos y las infecciones intrahospitalarias que, para efectos del estudio, también se encuentran elevados en comparación del estándar.

Finalmente, los resultados de satisfacción evaluados con el instrumento SERVQUAL analizaron cinco dimensiones como fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y aspectos tangibles. La evaluación se desarrolló en dos poblaciones: pacientes hospitalizados por COVID 19 y pacientes atendidos en consultorio externo durante los meses de enero a marzo de 2021. La satisfacción global de los atendidos en hospitalización fue de 66.12 %; por su lado, el resultado de satisfacción en consultorio externo alcanzó apenas el 31.82 %. Haciendo un análisis por dimensiones de los resultados de satisfacción de hospitalización se encontró en primer lugar a la “Fiabilidad”, es decir, la percepción de recibir el servicio tal como se ofreció, la cual obtuvo un resultado de 67.4 %. La segunda dimensión “Capacidad de respuesta” mide la disposición y buena voluntad de ayudar a los usuarios de forma oportuna, en este estudio se alcanzó 63.2 %. La “Seguridad” representa el 72.2 % de satisfacción, siendo la dimensión con mejores resultados. La siguiente dimensión corresponde a la “Empatía”, la cual valora el grado de identificación con las necesidades del paciente, los resultados muestran un 66 %. Como última dimensión, se encuentran los “Aspectos tangibles” con un 61.8 %.

Con respecto de las dimensiones de satisfacción en consultorio externo, tenemos que la satisfacción alcanzó en “Fiabilidad” el 33.3 %; en “Capacidad de respuesta”, el 29.1 %; en “Seguridad”, el 30.3 %; en “Empatía” el 32.8 % y en “Aspectos tangibles”, el 33,6 %. Todas las dimensiones presentaron un porcentaje de satisfacción casi homogéneo.

VII. ANÁLISIS DE RESULTADOS CUALITATIVOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir del estudio de grupo focal en el cual participaron siete profesionales de salud entre médicos, enfermeras, técnicos de enfermería que se encuentran trabajando desde el inicio de la pandemia en unidades de hospitalización y UCI COVID19. En el estudio, participaron seis mujeres y un varón. Del total, habían dos médicos, tres enfermeras y dos técnicos de enfermería.

1. Calidad asistencial en pandemia

De acuerdo con la percepción de los trabajadores, en la actualidad, no se brinda una atención de calidad en comparación del periodo prepandemia.

2. Calidad de los profesionales de salud

En general, existen deficiencias en la calidad de los profesionales médicos y no médicos del hospital II de Huamanga. La percepción mayoritaria resalta la pérdida del trato humanizado hacia el paciente.

3. Gestión actual de la crisis sanitaria

De acuerdo con la mayoría de las opiniones, la gestión actual de la crisis sanitaria no está acorde a las exigencias de la pandemia. Es general el malestar de los trabajadores de salud con respecto de la falta de comunicación y la gestión inadecuada de la parte logística.

4. Seguridad del paciente

Desde el inicio de la pandemia hubo caídas, úlceras de presión y error en la medicación con relativa frecuencia. Durante este periodo, no se realizaron notificaciones sobre los distintos eventos adversos a la oficina de calidad. Por lo tanto, no existe data exacta.

Mayoritariamente, la opinión sobre la seguridad del paciente es subóptima. Se hace énfasis a la falta de camas en buen estado con barandas, falta de servicios higiénicos adecuados y cercanos a los pacientes, así como falta de personal para realizar un cuidado más personalizado a los pacientes.

No se realiza ninguna capacitación en temas de calidad y seguridad del paciente.

5. Clima organizacional o laboral

Los trabajadores de salud del hospital II de Huamanga consideran que existe un clima laboral regular con aspectos positivos y negativos.

6. Seguridad del trabajador de salud

La institución provee de los equipos de protección personal a los trabajadores. Sin embargo, reconocen que existe una falta de conciencia de seguridad.

7. Gestión de los recursos por parte de los trabajadores de salud y el equipo de gestión

De parte de los profesionales de salud, existe un manejo inadecuado de los recursos, en cuanto a la cantidad de medicamentos prescritos permanentemente existe un sobre stock en las áreas de hospitalización.

De otra parte, existe desabastecimiento frecuente de medicamentos y oxígeno que no se solucionan con la gestión actual.

VIII. DISCUSIÓN

Posterior a los resultados obtenidos en el presente estudio, se procedió a realizar un análisis individual de los principales resultados, considerando que el objetivo principal de la presente investigación fue evaluar la calidad de servicio del hospital II de Huamanga en un escenario de pandemia.

El primer indicador elegido para la valoración de calidad asistencial fue la satisfacción del paciente hospitalizado por COVID 19, cuyos resultados de la muestra obtenida indican que el 66.12 % se encuentran satisfechos con el servicio recibido. Este resultado obtenido es comparable con el estudio realizado por Mohamad y Soheil (2016) quienes obtuvieron resultados de satisfacción del 58.24 % de los participantes en un Servicio de Emergencia. Contrariamente, el estudio de investigación realizado por Sihuin, Gomez e Ibañez (2015) en 175 pacientes hospitalizados de los servicios de cirugía, ginecología, medicina y traumatología del hospital Subregional de Andahuaylas Minsa mostró una satisfacción global del 25 %. De la misma forma, el trabajo descriptivo realizado por Huanchaco (2016) con 308 pacientes de alta en el hospital Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud presentó niveles de satisfacción en los servicios de medicina y cirugía del 4.6 % y 4 % respectivamente. Asimismo, los estudios de Satar y colaboradores (2018); y Fan L-h, y colaboradores. (2017) publicaron resultados de percepción por debajo a las expectativas en todas las dimensiones.

Todos los estudios mencionados utilizaron como instrumento de medición el SERVQUAL y el resultado característico de la mayoría de las investigaciones fue la baja satisfacción del paciente frente de los resultados de la presente investigación. Esta diferencia notable en los resultados podría tener una explicación en que, durante el desarrollo del trabajo de campo, se pudo observar que muchos pacientes sentían agradecimiento hacia todo el recurso humano de salud por haber acompañado en su recuperación en un contexto inusual, por lo que existe alta probabilidad de que los pacientes se hayan sentido inclinados a mostrar su gratitud durante el desarrollo del cuestionario SERVQUAL, el cual era desarrollado al momento del alta. Entiéndase que la situación excepcional de la pandemia generaba conflictos de índole emocional y, por consiguiente, la experiencia de recuperar su salud puede haber influido positivamente en los resultados obtenidos.

Si se observan los resultados obtenidos en la satisfacción de consulta externa solo el 31.82 % de los pacientes atendidos muestran su satisfacción. Estos resultados son inferiores a un estudio realizado por Cruzado (2018) en el mismo hospital, previo a la pandemia de COVID 19, cuyos resultados mostraron un nivel de satisfacción de 56 % sobre una muestra de 285 usuarios. De la misma manera, el estudio transversal realizado por Arosemena, Marín y Otiniano (2018) demostró una satisfacción en consulta externa del servicio de Medicina Interna de 52.9 % en el hospital Cayetano Heredia. En otra investigación desarrollada por Gómez (2016), en pacientes que acudían al centro de medicina complementaria del hospital III de Iquitos se obtuvo una satisfacción global del 72.9 %. Considerando estos estudios de comparación, podría presumirse que la pandemia pudo tener algún efecto sobre los resultados obtenidos en el nivel de satisfacción de consulta externa del presente estudio. Más aún, si consideramos que recientemente en Estados Unidos, la American Customer Satisfaction Index (ACSI) reportó, durante el año 2020, un 71.7 % de satisfacción del usuario en el sector sanitario, un descenso de 4 puntos en relación con el año previo.

Por otro lado, también resaltar que existe una diferencia muy notable entre las mediciones obtenidas en la satisfacción de pacientes de los servicios de hospitalización y consultorio externo. Esto último refuerza el análisis previamente realizado sobre la posible influencia de factores de índole emocional en los pacientes sobre los resultados de satisfacción del área de hospitalización.

El clima organizacional es el entorno en el cual se desenvuelven los trabajadores generalmente influidos por la propia percepción sobre las actitudes, costumbres, creencias, estructura y procesos del ambiente laboral interno. Naturalmente, su influencia directa sobre el bienestar del trabajador es vital para generar una atención de calidad. En general, la salud es un servicio donde el recurso humano representa el corazón de una institución o empresa. De acuerdo con el presente estudio, solo el 35.1 % percibe el clima organizacional como favorable y muy favorable, un 32.8 % de los trabajadores encuestados tiene una percepción media del clima organizacional y el 27.1 % lo percibe como desfavorable. Estos hallazgos se refuerzan con los resultados obtenidos en el estudio cualitativo realizado, el cual presenta una percepción de un clima laboral medio por parte de los trabajadores. En comparación con ello, existe coincidencia con los hallazgos obtenidos por Solis (2013), quien desarrolló un estudio cualitativo usando

entrevistas a profundidad a trabajadores de salud cuya conclusión fue un clima organizacional medianamente favorable de la población estudiada. En ese sentido, los resultados del estudio correlacional de Agudelo y colaboradores (2020) coinciden también con un clima medio satisfactorio en un estudio que consideró un tamaño muestral de 183 personas del área asistencial y 99 del área administrativa de una institución de salud de Manizales. Arquero (2016), por su parte, encontró que el 73.3 % de enfermeras del servicio de Centro Quirúrgico del hospital de San Juan de Lurigancho percibe un clima organizacional como regular. De otro lado, Fernández y colaboradores (2019), mostraron un resultado de la percepción global de clima organizacional de 76.3 % en un estudio realizado con trabajadores del Instituto Nacional de Salud del Niño sobre una muestra de 125 personas.

Lamentablemente, el diseño de este estudio no permitió valorar la influencia de la pandemia de coronavirus sobre el clima organizacional, asimismo, tampoco existen puntos de comparación previamente, ya que no existen estudios parecidos realizados en la institución en relación con clima organizacional. Sin embargo, en el estudio cualitativo se obtuvieron hallazgos interesantes sobre la percepción del personal médico y no médico respecto a una excesiva sobrecarga laboral por falta de recursos humanos, infraestructura inadecuada e insuficiente, falta de insumos, problemas en la logística y falta de una comunicación fluida por parte de los gestores. Naturalmente, esta situación podría influir negativamente sobre el clima organizacional durante la crisis sanitaria, considerando la naturaleza temporal de la misma.

Otro indicador primordial considerado en esta investigación es la seguridad del paciente. Para ello, se valoró la cultura de seguridad del paciente cuya percepción de seguridad solo alcanza el 46.6 % como neutral y 40 % lo percibe como negativo. Asimismo, el clima de seguridad según el estudio fue calificado entre 6 a 8 por el 51.5 %, resultado muy parecido al obtenido por Mella y colaboradores (2020), donde el 50 % de los trabajadores calificó el clima de seguridad entre 6-8 puntos. Este trabajo utilizó como instrumento de medición la encuesta hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality adaptada al español e incluyó un número de 100 trabajadores sanitarios para la muestra. De acuerdo con los criterios del instrumento de medición, no existen fortalezas en ninguna de las dimensiones de la investigación. Se destaca considerando el porcentaje global de respuestas a las dimensiones de trabajo en

equipo con 58,8 %, dotación de personal 58.1 % y aprendizaje organizacional con 52.6 % con carácter positivo. De otro lado, a la dimensión problemas en cambio de turno con 52.3 % que representa el carácter negativo. Comparativamente, en el estudio de Danielsson y colaboradores (2019) se presentaron las peores calificaciones para dotación de personal y apoyo administrativo. De la misma forma, los resultados obtenidos en este mismo trabajo de investigación mostraron que la dimensión trabajo en equipo fue una de las mejores calificadas, coincidiendo con el presente estudio. Complementariamente, una de las dimensiones del instrumento SERVQUAL es la seguridad, de acuerdo con los resultados obtenidos se destaca que, tanto los pacientes de hospitalización como los de consulta externa, muestran resultados de satisfacción en esta dimensión.

De otro lado, como se hizo referencia previamente, existe una actitud negativa de todos los trabajadores en relación con la seguridad del paciente durante el periodo de pandemia. Por opinión unánime, se resalta la presencia de eventos adversos como errores en la medicación, caídas y úlceras de presión con relativa frecuencia que no fueron notificados por falta de protocolos. Asimismo, se hizo énfasis en la ausencia de capacitación, falta de insumos y medicamentos y, sobre todo, el déficit de recurso humano asistencial en todas las áreas hospitalarias. Estos resultados se podrían justificar parcialmente al considerar que, desde el inicio de la pandemia, la unidad de calidad y seguridad del paciente del hospital fue desactivada y el personal asignado fue reubicado temporalmente para ejercer nuevas funciones. Por lo tanto, la interpretación final de este indicador considerando tanto la perspectiva del paciente y del trabajador en la cual se utilizó una metodología mixta de medición se muestra un nivel de seguridad del paciente no favorable.

Otro indicador seleccionado en la investigación fue la calidad de registro de historia clínica, teniendo en cuenta que la historia clínica es un instrumento que refleja el proceso de la atención médica, se analizaron 144 historias clínicas de pacientes que fueron atendidos en el Área de Hospitalización con diagnóstico de COVID 19. Los resultados obtenidos mostraron una calidad de registro del 68.8 % “por mejorar”. En comparación de eso, Flores (2020) mostró que el 54 % de las historias clínicas tienen una calidad de registro “por mejorar”. Este estudio fue realizado en consultorios externos del hospital Victor Larco Herrera. Por su parte, Reyes (2020) obtuvo que el 68.5 % de las historias clínicas presentaron una calidad de registro “por mejorar” de una muestra de 378 historias clínicas del servicio de

emergencia del Centro Médico Naval del Callao. Por otro lado, Chávez (2020), en un estudio realizado en Guayaquil, obtuvo resultados de baja calidad de las historias clínicas con una relación directa con el incremento de los costos.

Desde el año 2019, la institución de EsSalud viene implementando la historia clínica electrónica a nivel de todas sus unidades de prestación de salud, por ende, este proceso ha tenido una influencia positiva en los resultados alcanzados, considerando que el instrumento utilizado valora la legibilidad y un esquema de formato en el que toda historia clínica debe consignar todos los datos. A pesar de este avance, aún existe falta de educación del personal médico al no registrar información que se solicita en el formato electrónico de historia clínica. Por ejemplo, más del 90 % de la muestra estudiada no consignó información sobre Peso, Talla e IMC.

Los costos directos relacionados con la atención de pacientes hospitalizados por COVID 19 alcanzaron los 200 mil dólares, tomando como base de cálculo el estudio realizado por Montalvo y colaboradores (2020). La medición se realizó en una población de 144 personas hospitalizadas que respondieron el instrumento SERVQUAL. Existen reportes sobre el costo de día por cama en hospitalización. Durante la XV jornada de economía de salud realizada en España durante el 2020, se reportó que el costo hospitalario oscilaba los 18 692.33 euros o su equivalente 22 155.84 dólares en un paciente ingresado en el Área de Hospitalización del hospital Universitario Virgen de Las Nieves. Asimismo, en Chile, el costo día cama significa 54dólares. En Estados Unidos, estas cifras son muy variables dependiendo del estado, sin embargo, las cifras resultan las más caras si se consideran los gastos para una persona que no tiene seguro que es de aproximadamente 73 300 dólares por un periodo de 15 días de hospitalización. Complementariamente, el personal asistencial muestra una actitud negativa sobre el manejo adecuado de los recursos, tanto de las personas en cargos de gestión como de los propios trabajadores del hospital II de Huamanga, naturalmente esto representa un aumento directo en los costos durante la atención de pacientes en un entorno de crisis sanitaria.

Con los resultados obtenidos de las diferentes mediciones y, siguiendo el modelo Donabedian, ninguno de los hallazgos se encuentra dentro de un valor ideal. Existe una brecha por mejorar de 33.8 % en la satisfacción de los pacientes del área de hospitalización. Siendo mayor el reto en la satisfacción del paciente en áreas de consulta externa 68.18 %. De la misma manera, en relación con clima

organizacional, la situación mantiene una brecha cercana por mejorar del 64 %. Muy cercano a este valor se encuentra la percepción de la cultura de seguridad donde la brecha por mejorar representa el 62.7 %.

Por otro lado, a pesar de que desde muchos años atrás se instalaron sistemas de auditoría en diferentes establecimientos de salud del país, la brecha por mejorar en relación con la historia clínica es de 70.1 %, convirtiéndose en el indicador más débil. Recientemente, Gokmen y colaboradores (2020) desarrollaron una investigación sobre la importancia de la acreditación y calidad de los servicios de salud en el proceso de lucha contra el COVID 19, el objetivo fue evaluar la relación entre los estándares de calidad y la acreditación de los servicios de salud en el proceso de combatir el COVID 19. En este estudio, los resultados mostraron un 79.6 % de estándares en servicios de salud relacionados con procesos del COVID 19. Esos resultados demostraron una relación directa positiva entre los niveles de calidad y acreditación en los servicios de salud y la importancia en la preparación y el manejo de los procesos de lucha contra el COVID 19.

Finalmente, los resultados de todos los indicadores elegidos de acuerdo con el modelo planteado todavía se encuentran por debajo de los estándares valorados como positivos dentro de cada uno de los instrumentos psicométricos utilizados, esto explica de forma cuantitativa cómo nuestro sistema de salud no responde a la demanda requerida impuesta por la pandemia. Adicionalmente, como parte de los datos obtenidos en el estudio cualitativo, se resaltan dos aspectos: de forma mayoritaria existe una actitud negativa hacia la calidad profesional del personal asistencial haciendo énfasis en la falta de experiencia y formación para el ingreso a unidades sensibles como Cuidados Intensivos y Hospitalización y, sobre todo, la pérdida del trato humanizado de parte del personal médico y no médico hacia el paciente: En este sentido, la mayoría opina que probablemente existe un efecto negativo que genera la pandemia por el miedo a contagiarse. Estos resultados refuerzan negativamente la calidad asistencial obtenida por los diferentes indicadores.

IX. PROPUESTA DE MEJORA DE LA CALIDAD DE SERVICIO DEL HOSPITAL II DE HUAMANGA

A partir de los resultados obtenidos en el estudio de investigación, se encontraron diferentes indicadores de estructura, proceso y resultado. Haciéndose énfasis en la seguridad del paciente, el clima organizacional, la calidad de registro de historias clínicas y la satisfacción del usuario cuyas dimensiones fueron pilares para obtener una visión macro de la calidad asistencial.

En el Perú, se tienen indicadores aislados para medir la calidad asistencial. Del mismo modo, no existen estudios y tampoco se fomenta investigación sobre temas de calidad asistencial en el hospital II de Huamanga. En una entrevista realizada a la jefa de la Unidad de Calidad de la institución, esta refirió que, desde que inició el estado de emergencia sanitaria, se desactivaron todas las actividades de gestión de la calidad hasta el inicio de la segunda ola. A partir de entonces, se reiniciaron las actividades habituales, pero con restricciones, dado el contexto actual. Comparativamente, en España, apenas apareció el primer caso de coronavirus, la Asociación Madrileña de Calidad Asistencial elaboró un protocolo sobre la “Gestión hospitalaria de la pandemia del SARS-CoV-2”, donde recomendó que las unidades de calidad deberían formar parte del equipo de manejo de crisis (Maroto, 2021).

El Hospital II de Huamanga de Es Salud presenta un nivel de calidad asistencial deficiente durante el periodo de crisis sanitaria. Se plantean una serie de propuestas para mejorar los indicadores evaluados, con la finalidad de mejorar la calidad asistencial.

Justificación

La calidad asistencial se ha convertido en una necesidad y un reto constante por parte de los sistemas de salud. Elevar el nivel de atención sanitaria tiene un beneficio directo en la reducción de costos, disminución de riesgos para el paciente y satisfacción del usuario interno y externo. Es necesario fomentar estudios a profundidad sobre temas de calidad para establecer líneas de base y plantear proyectos de mejora. De lo contrario, son inviables los cambios sustanciales en una organización. A partir del inicio de la pandemia, se ha visto expuesto nuestro sistema

de salud. Por lo tanto, es menester tomar esta crisis sanitaria como un aprendizaje y convertirlo en un momento de oportunidad para implementar cambios.

El hospital II de Huamanga carece de un sistema de gestión de calidad que permita la planificación, la evaluación, el control adecuado los indicadores de calidad. Este proyecto permitirá establecer bases para implementar sistemas de gestión de la calidad en el hospital. Adicionalmente, permitirá implementar enfoques de calidad asistencial que serán elementos críticos de las fases de recuperación y respuesta de la pandemia de COVID 19 durante el contexto actual y en una eventual nueva normalidad de la humanidad.

A continuación, se plantean las propuestas de mejora:

- Plan de brechas en recursos humanos para unidades de hospitalización y UCI.
- Reducción de los tiempos de espera en admisión, laboratorio y consulta médica.
- Reducir las estancias hospitalarias.
- Establecer un protocolo para mejorar la productividad en consulta externa y centro quirúrgico.
- Mejorar el clima organizacional con optimización de las líneas de carreras de los profesionales de salud y desarrollando estrategias de comunicación institucional.
- Capacitar al personal médico sobre la elaboración adecuada de historias clínicas.
- Establecer protocolos de atención para pacientes con COVID 19.
- Implementar círculos de calidad y seguridad en el hospital.
- Capacitación en temas de calidad y seguridad del paciente a todo el personal sanitario.

Plan de brechas en recursos humanos para unidades de hospitalización y UCI

Desde el inicio de la crisis sanitaria, la demanda de servicios de salud se incrementó de forma exponencial. A través de un análisis de la demanda con proyecciones de la necesidad de camas de hospitalización y camas UCI, el cálculo establecido representa un incremento de la demanda en 300 %, lo que significa una brecha de personal de salud de 120 trabajadores entre médicos, enfermeras, tecnólogos, técnicos de enfermería, etc.

Reducción de los tiempos de espera en admisión, laboratorio y consulta médica

El impacto en tiempos es importante porque permite reducir las horas improductivas, asimismo permite agilizar los procesos de diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Durante la pandemia, se incrementó la demanda de pacientes que acudían por emergencia, sin embargo, a la fecha solamente existe un módulo de admisión que naturalmente se convierte en un cuello de botella de todo el proceso de atención. Para disminuir los tiempos de espera en admisión, se plantea lo siguiente:

- Apertura de otro módulo de admisión con la contratación del personal correspondiente por lo menos durante las doce horas diurnas.
- Activar áreas de atención primaria y seguimiento telefónico para disminuir la demanda de pacientes que acuden por emergencia.
- Rediseñar el proceso de atención en emergencia.

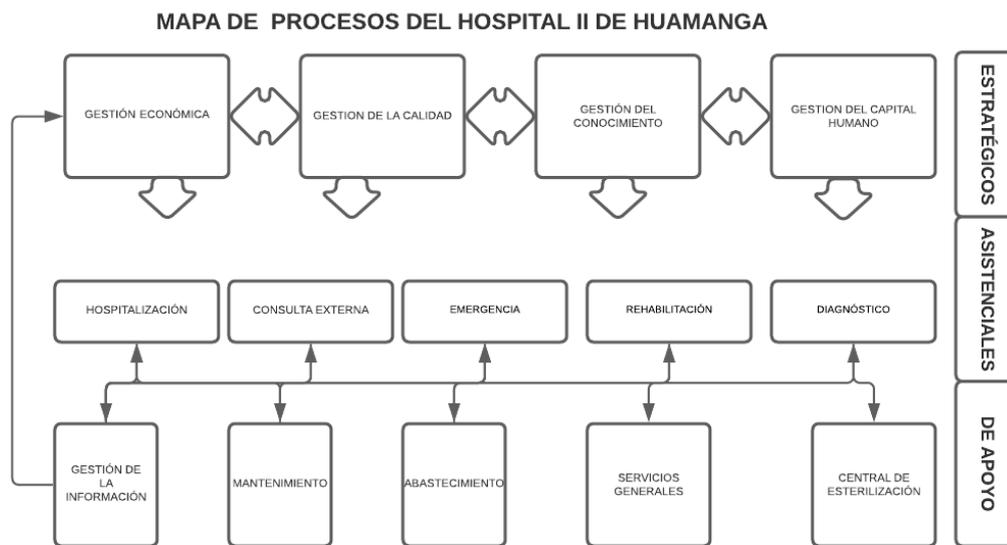


Figura N° 9. Mapa de procesos del Hospital II de Huamanga

Fuente: Elaboración propia

Flujograma de atención del paciente con COVID 19

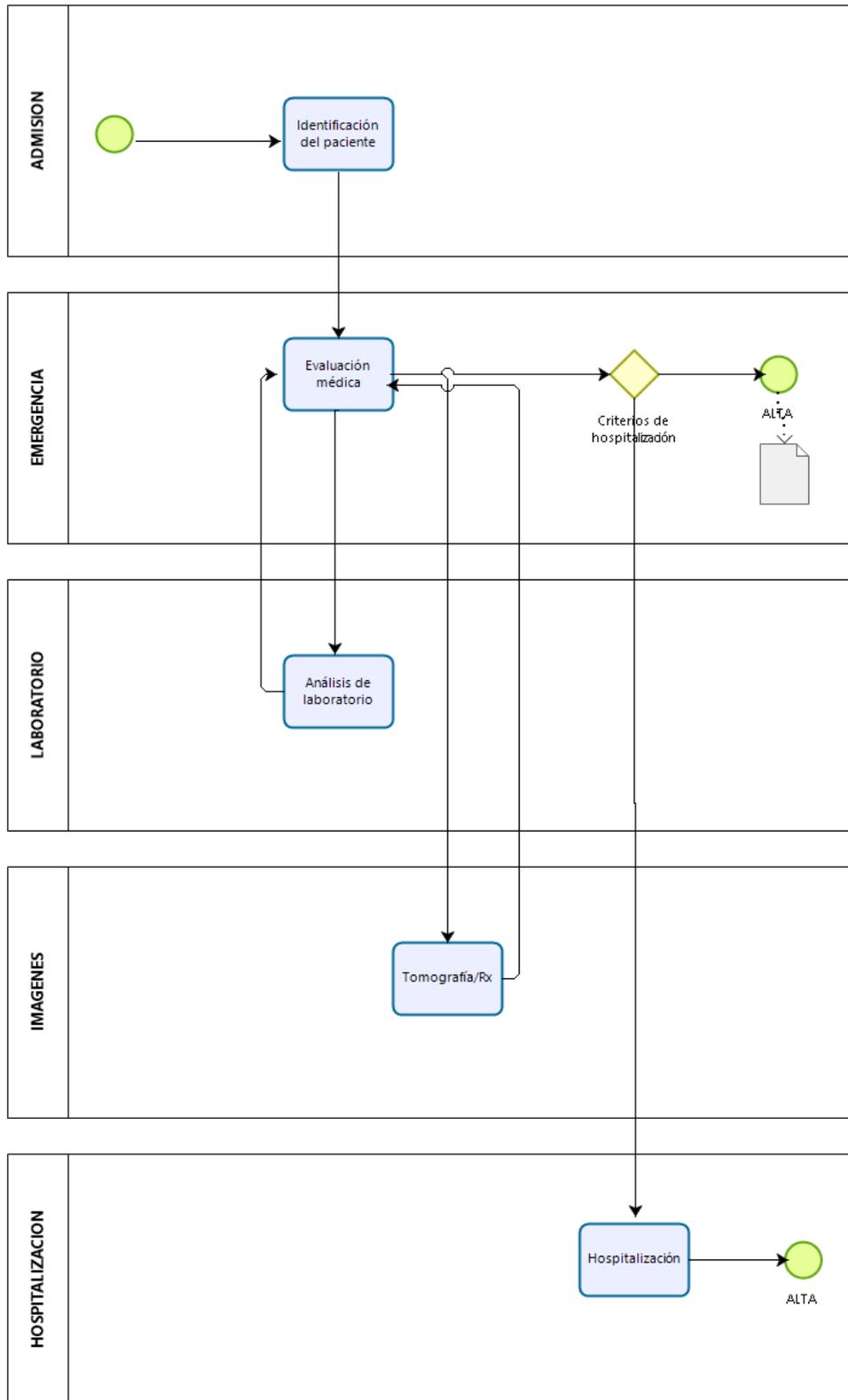


Figura N° 10. Flujograma de atención del paciente con COVID 19

Fuente: Elaboración propia

Reducir las estancias hospitalarias

Una de las causas importante de prolongación de estancias hospitalarias es la ausencia de protocolos de atención en los servicios correspondientes, asimismo la falta de capacitaciones para el personal médico. Es necesario revisar las operaciones de ingreso y egreso del paciente, para ello se propone:

- Reunión con los jefes de servicio de las diferentes áreas.
- Realiza una capacitación sobre temas de estancia hospitalaria prolongada.
- Implementar y difundir protocolos de atención de las principales patologías.
 - Control permanente de los indicadores.
 - Establecer equipos de trabajadores de salud para incentivar la optimización de resultados.

Establecer un protocolo para mejorar la productividad en consulta externa y centro quirúrgico

Es necesario que el Área de Planeamiento realice un reporte semanal de retroalimentación para cada médico y profesional de salud no médico acerca de su rendimiento en las diferentes actividades programadas.

Se necesita establecer incentivos para alcanzar las metas de productividad.

Mejorar el clima organizacional con optimización de las líneas de carreras de los profesionales de salud, desarrollando estrategias de comunicación institucional

Proponer la creación de un puesto laboral de psicología organizacional para el Área de Recursos Humanos, con el objetivo de fortalecer el grupo humano. El equipo de trabajo establecerá una reestructuración de la evaluación del desempeño del personal que permita generar incentivos y reconocimiento.

Establecer un cronograma para la participación en talleres de desarrollo personal, que permitan el fortalecimiento del clima organizacional con la participación de personal asistencial y administrativo.

Capacitación al personal médico sobre la elaboración adecuada de historias clínicas

Establecer controles periódicos de la evaluación de la calidad de registro de historia clínica

Establecer e implementar protocolos de atención para pacientes con COVID 19 en seguridad del paciente

Coordinar con la dirección de la institución para el fortalecimiento de la Oficina de Calidad. Posteriormente, es necesario desarrollar un cronograma de capacitación en temas de calidad y seguridad del paciente a todo el personal sanitario. Asimismo, implementar círculos de seguridad en los diferentes servicios del hospital.

Resultados esperados

- Lograr un nivel de satisfacción del paciente mayor al 60 %, tanto en áreas de hospitalización como en atención ambulatoria.
- Alcanzar un clima organizacional óptimo en más del 70 % del personal asistencial y administrativo.
- Mejorar la seguridad del paciente a través de una mejora en la cultura de seguridad e indicadores de eventos adversos.
- Lograr un nivel de calidad de registro de las historias clínicas mayor al 80 %
- Alcanzar estándares establecidos en el estudio de todos los indicadores de calidad clasificados por estructura, proceso y resultado.

Cronograma de actividades

| OBJETIVO GENERAL | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | ACTIVIDADES | RESPONSABLE | CRONOGRAMA |
|--|--|---|--|--|
| Mejorar la calidad de servicio del hospital II Carlos Tupia García Godos del departamento de Ayacucho. | Optimizar el número de recurso humano en Hospitalización y UCI. | Elaborar plan de brechas de recursos humanos. | Unidad de Recursos Humanos | Julio -Agosto 2021 |
| | Optimizar indicadores de tiempos de espera y estancia hospitalaria. | Elaboración de un mapa de procesos del hospital. | Director, administrador, jefes de departamento y servicio | Julio -Agosto 2021 |
| | Mejorar el clima organizacional de los trabajadores administrativos y asistenciales. | Contar con el apoyo de gestión del hospital y gerencia central. | Equipo de mejora de Unidad de Recursos Humanos Administración | Agosto- Setiembre 2021 |
| | Optimizar la seguridad del paciente. | Optimización de líneas de carrera del personal asistencial y administrativo del hospital. | Establecimiento de un cronograma para la participación en talleres de fortalecimiento de clima organizacional del personal | Equipo de mejora de Administración. Psicólogo organizacional. Unidad de calidad. |

asistencial y
administrativo

Capacitar al Administración Agosto 2021
personal en Equipo de mejora
asistencial en temas de calidad
y seguridad del
paciente.

Conformación de
círculos de
calidad.

Mejorar la Calidad Capacitar a los Administración Setiembre de 2021
de de trabajadores de Equipo de mejora
registro de las salud sobre el Unidad de calidad
historias clínicas correcto registro de las historias
por parte del de las historias
personal clínicas.
asistencial.

Controlar y Director, Desde agosto en
evaluar los administrador, adelante.
diferentes jefes de
indicadores. departamento y
servicio

Propuesta de financiación

Para la implementación de este proyecto, se realizará la coordinación con la alta dirección, oficina de calidad y el equipo mejora para el alquiler y el pago de servicios de una infraestructura fuera del hospital donde se realizarán las capacitaciones. Asimismo, la contratación de personal experto en clima organizacional. La financiación tendría apoyo directo de la institución.

X. CONCLUSIONES

1. La calidad asistencial del hospital II de Huamanga, evaluada durante el periodo de pandemia, es deficiente. La evidencia muestra que existen brechas por mejorar en los diferentes indicadores utilizados de acuerdo con el modelo Donabedian. Asimismo, el análisis cualitativo refuerza los hallazgos obtenidos desde la percepción de los trabajadores de salud.
2. La mayoría de los indicadores de estructura, proceso y resultado, seleccionados para el presente estudio, tiene resultados por debajo de los estándares.
3. La satisfacción de los pacientes que fueron dados de alta en el Área de Hospitalización COVID 19 alcanzó un nivel de satisfacción global mayor al 70 %, convirtiéndose en una fortaleza a pesar del contexto. Sin embargo, existe la probabilidad de que haya una influencia positiva en la percepción del paciente relacionado con el contexto de la pandemia.
4. La satisfacción de los pacientes respecto de la atención recibida en consultorios externos no alcanzó el 50 %, por lo que se requiere plantear propuestas de mejora para optimizar este indicador.
5. El 32,8 % de los trabajadores encuestados en el hospital II de Huamanga tiene una percepción media del clima organizacional, es probable que exista una influencia negativa externa de la pandemia, considerando que el clima organizacional tiene carácter temporal. Los factores que influyen negativamente en el clima organizacional son la falta de una línea de carrera adecuada en la institución y la falta de comunicación óptima de la información y de los procesos de atención al usuario.
6. Desde el punto de vista del trabajador asistencial, la seguridad del paciente durante la crisis sanitaria es subóptima. Existe una falta de supervisión y acciones adecuadas para promover una cultura de seguridad por parte de los jefes o supervisores de la institución. De la misma forma, no existe una comunicación oportuna, medidas de retroalimentación y métodos de prevención de errores que

ocurren en el servicio. Todo esto reforzado por una cultura punitiva predominante en la institución. Sin embargo, desde la perspectiva del paciente, los resultados son contradictorios dado que la dimensión de “Seguridad” del cuestionario SERVQUAL obtuvo un resultado satisfactorio.

7. La calidad de registro de historias clínicas tiene una calificación global por mejorar.
8. Los costos directos obtenidos respecto de la atención del paciente son comparativamente diferentes en países cercanos de la región y del mundo. Generalmente, está relacionado con sus propios sistemas de salud.
9. Los trabajadores de salud tienen una actitud negativa sobre la calidad asistencial durante el periodo de pandemia. Su actitud, fue comparada entre el periodo prepandemia y la situación actual, en la cual se consideró la seguridad del paciente, la calidad de personal asistencial, la gestión de crisis y el manejo de recursos.

XI. RECOMENDACIONES

Se recomienda implementar un plan de mejora para optimizar los resultados de indicadores de estructura, proceso y resultado que permita una valoración global de la calidad de servicio y que permita una mejora continua de la calidad.

Es importante realizar estudios parecidos en otras instituciones de salud durante el periodo de pandemia, puesto que todo el sistema de salud, en la actualidad, se encuentra sometido a una alta demanda. Estas investigaciones permitirían contrastar los resultados obtenidos.

Es necesario ampliar la población de estudio para valorar la satisfacción en pacientes hospitalizados por COVID 19, de tal manera que nos permita obtener mayor significancia estadística.

Se recomienda realizar estudios sobre el nivel de alteración emocional de los pacientes hospitalizados por cuadros de COVID 19 y su relación con la satisfacción de servicio.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- Agency for healthcare research and quality, Quality indicator empirical methods. Julio 2020
- Agudelo, R., Peña, A., Hoyos, C. y Jiménez, A. (2020). Clima organizacional y percepción de la calidad en una institución de salud de la ciudad de Manizales (Colombia). *Arch Med (Manizales)*. 20(2):397-409. <http://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/3473/6085>
- Agüero, M. A., Román, Y. N., Guerra, I. C., Rondón, M. M., & Agüero, J. M. C. (2010). La historia clínica: un documento básico para el personal médico. *Medisan*, 14(7), 1017-1023.
- Aguirre, H. (1997). *Calidad de la atención médica*. (2ª. ed.). México: Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.
- Alvarado, C. (2014). Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval. (Tesis de maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Álvarez, F. (2007). *Calidad y auditoría en salud*. (2ª. Ed.). Colombia, Bogotá: Ecoe Ediciones.
- American Customer Satisfaction Index. (2019). Recuperado de https://www.theacsi.org/images/stories/images/nationalquarterlyscores/20feb_acsi_sector_scores.pdf.
- Aranaz J. La calidad en los servicios sanitarios, una propuesta general para los servicios clínicos. Madrid, 2006. Primer congreso virtual iberoamericano de neurología. [citado 26 Ago 2010]. Disponible en: <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>.
- Aranaz, J., Aibar C., Limón R., Amarilla A., Restrepo F., Urroz O., ... y Larizgoitia-Jauregui, I. (2011). Diseño del estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(3), 194-200.
- Aranaz J., Aibar C., Vitaller J y Ruiz P. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/EN EAS.pdf>
- Arosemena, A., Marín, E. y Otiniano, J. (2018). Satisfacción de los usuarios de la consulta externa del servicio de medicina interna en el Hospital Cayetano Heredia. (Tesis para obtener el grado de bachiller en medicina). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú.
- Arque, I. (2016). Percepción de la enfermera sobre el clima organizacional en centro quirúrgico del Hospital San Juan de Lurigancho. (Tesis de especialista). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- Asociación de clínicas Particulares del Perú. (2018). *Revista Clínicas y salud*.
- Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados. (1999). *La investigación cualitativa mediante la técnica del focus group*. Perú.
- Barboza-Tello, M. (2009). El aseguramiento universal en el Perú: la reforma del financiamiento de la salud en perspectiva de derechos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(2), 243-247.
- Cabello, E. y Chirinos, J. (2012). Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud.

- Revista Médica Herediana*, 23(2), 88-95. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2012000200003
- Caminal J. La medida de la Satisfacción. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16: 276-279.
- Caraveo, M. D. C. S., & Del Carmen, M. (2004). Concepto y dimensiones del clima organizacional. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, 27, 78-82.
- Chávez, M. (2020). Evaluación de la calidad de las Historias Clínicas del área de Terapia Intensiva de Adultos y su Impacto en el Costo del Hospital Clínica san francisco. Tesis para obtención del grado académico de: magíster en gerencia en servicios de la salud, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Recuperado de: <http://192.188.52.94:8080/bitstream/3317/15029/1/T-UCSG-POS-MGSS-253.pdf>
- Córdova, E. (2017). Motivación y clima laborales en enfermeras de un Hospital público administrado por Essalud situado en la ciudad de Lima, año 2017. tesis para obtener el título profesional de licenciado en psicología. Universidad Cesar Vallejo. Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/3234>
- Cruzado, M (2018). Satisfacción del usuario del centro de atención de medicina complementaria del Hospital II Huamanga, 2018. Tesis para optar el grado de maestra en gestión de los servicios de salud. Universidad Cesar Vallejo.
- Donabedian, A. (1986). Quality assurance in our health caresystem. *American college of utilization review of physicians*. 1(1). Recuperado de: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/66752/10.1177_0885713X8600100104.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Fan L-h, Gao L, Liu X, Zhao S-h, Mu H-t, Li Z, et al. (2017). Patients perceptions of service quality in China: An investigation using a SERVQUAL model. *PLOS ONE*. Recuperado de: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0190123>
- Fernández, D., Revilla, M., Kolevic, L., Cabrejos, I., Muchaypiña, I., Sayas, I., Chávez, L. y Mamani, V. (2019). Clima organizacional y satisfacción del usuario externo en los servicios de hospitalización del Instituto Nacional de Salud del Niño, 2017. *Anales de la facultad de medicina*. v. 80, n. 2, p. 188-92. Recuperado de: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/15745>
- Flores, D. (2020). Evaluación de la calidad de registro en las historias clínicas del consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera. Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública con mención en Administración Hospitalaria y de Servicios de Salud. Recuperado de: http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3216/MSALUD-T030_43071644_M%20%20%20FLORES%20VENTO%20DIANA%20GUISSELLE.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Fondahn, E., Lane, M. y Vanucci, A. (2016). *Manual Washington de calidad en la atención y seguridad del paciente*. España: Wolters Kluwer
- Fundación MAPFRE. (2017). *La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes*. (2ª.ed.). España, Madrid: Cyan, Proyectos Editoriales, S.A.
- Gershon R., Stone P., Bakken S. y Larson E. (2014). Measurement of Organizational Culture and Climate in Healthcare. *JONA*. 34(1), 33-40.
- Gonzales, A., Montalvo, A. y Herrera, A. (2017). Comodidad de los pacientes hospitalizados en cuidados intensivo e intermedio. *Enfermería Global*. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00266.pdf>

- Hernández, F., Rojas, C., Prado, F. y BendeZú, G. (2019). Satisfacción del usuario externo con la atención en establecimientos del ministerio de salud de Perú y sus factores asociados. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v36n4/a09v36n4.pdf>
- Hernández Gamboa, L. (2018). Relación médico-paciente y la calidad de la atención médica. *Revista Conamed*, 6(3), 25-29.
- Hernández Peña, P., Arredondo, A., Ortiz, C., & Rosenthal, G. (1995). Avances y retos de la economía de la salud. *Revista de Saúde Pública*, 29, 326-332.
- Hidalgo, Á., Corugedo, I., & Del Llano, J. (2000). Economía de la Salud. *Madrid: Ed. Pirámide*.
- Horngren, C. T., Foster, G., & Datar, S. M. (2012). *Contabilidad de costos un enfoque gerencial*. Pearson educación.
- Huanchaco, M. (2016). Nivel de satisfacción de los usuarios hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen, EsSalud. Tesis para optar el grado de maestro en gerencia de servicios de salud. Universidad Cesar Vallejo.
- Gómez, F. M. I. (2017). Calidad de atención y grado de satisfacción de los usuarios de consulta externa del Centro de Atención de Medicina Complementaria del Hospital III Iquitos-2016. *Revista peruana de medicina integrativa*, 2(2), 133-139.
- Inga-Berrosopi, F., & Rodríguez, C. A. (2019). Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia en la calidad de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36, 312-318.
- Institute of Medicine. (2000). *To err is human*. Recuperado de <https://www.nae.edu/>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm A New Health System for the 21st Century*. Recuperado de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK222274/pdf/Bookshelf_NBK222274.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2014). Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal de Salud. (20 de julio).
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2016). Encuesta Nacional de satisfacción de usuarios en Salud. (20 de julio). Recuperado de: http://portal.susalud.gob.pe/wp-content/uploads/archivo/encuesta-sat-nac/2016/INFORME_FINAL_ENSUSALUD_2016.pdf
- Kirby, T. (2020). South America prepares for the impact of COVID-19. *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(6), 551-552.
- Kruk, M., Gage, A., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H., Roder-DeWan, S., ... & English, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196-e1252.
- Laborde, M. M., Velázquez, M. T. G., Andrés, J. M. A., Forner, G. R., & Rosique, A. F. C. (2020). Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gaceta Sanitaria*, 34(5), 500-513.
- Lauzán, O. C. (2017). El crecimiento de los costos en salud visto desde la ineficiencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43, 584-605.
- Lazo, O., Alcalde, J., y Espinosa, M. (2016). El sistema de salud en Perú. Situación y desafíos. *Revista Internacional de Salud materno fetal*. 2019;4(3), 8-18.
- Li, J., Anderson, A., y Harrison, R. (2003). Total quality management principles and practices in China. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 20(9), 1026 – 1050. Recuperado de:

- https://www.academia.edu/10778468/Total_quality_management_principles_and_practices_in_China?auto=download.
- Lizarzaburu Bolaños, E. (2016). La gestión de la calidad en Perú: un estudio de la norma ISO 9001, sus beneficios y los principales cambios en la versión 2015. *Revista Universidad y Empresa*, 18(30), 33-54.
- Llinás, A. (2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la reforma del Sistema. *Salud Uninorte*. 26 (1): 143-154.
- Llorente-Parrado, C., Mejon-Berges, R., Cossio-Gil, Y., Romea-Lecumberri, M. S., Roman-Broto, A., Barba-Flores, M. A., & Salazar-Soler, A. (2020). Modelo de evaluación del plan de respuesta frente a la pandemia de COVID-19 en un hospital de tercer nivel. *Journal of Healthcare Quality Research*. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/en-revista-journal-healthcare-quality-research-257-pdf-S2603647920301068>
- Losada, M. y Rodríguez, A. (2007, diciembre). Calidad del Servicio de Salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del Marketing. *Revista Cuadernos de Administración*. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cadm/v20n34/v20n34a11.pdf>
- Manulik, S., Rosinsuk, J., y Karniej, P. (2016). Evaluation of health service quality in Poland with use of SERVQUAL method at the specialist ambulatory health care center. Patient Preference and Adherence. Recuperado de: <https://www.dovepress.com/evaluation-of-health-care-service-quality-in-poland-with-the-use-of-se-peer-reviewed-article-PPA>
- Maroto, M. M. (2021). Las unidades de calidad asistencial hospitalarias y la pandemia de la COVID-19. ¿ Hay que reinventarse?. *Journal of Healthcare Quality Research*, 36(1), 52.
- Mella Laborde, M., Gea Velázquez, M. T., Aranaz Andrés, J. M., Ramos Forner, G., & Compañ Rosique, A. F. (2021). Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gaceta Sanitaria*, 34, 500-513.
- Mezones-Holguín, E., Amaya, E., Bellido-Boza, L., Mougnot, B., Murillo, J. P., Villegas-Ortega, J., & Sara, J. C. D. C. (2019). Cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la Ley de Aseguramiento Universal. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36, 196-206.
- Ministerio de salud – MINSA. (2006). Documento técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Ministerio de salud – MINSA. (2014). Encuesta de Satisfacción Aplicada en Usuarios Externos de Emergencia SERVQUAL. Recuperado de: <http://www.hma.gob.pe/calidad/INFOR-15/SERVQUAL-14/SERVQUAL-EMERGENCIA-2014.pdf>.
- Ministerio de Salud. (2013). Documento de gestión y evaluación hospitalaria para hospitales instituto y DIRESAS. Documento de trabajo.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Estrategia de seguridad del paciente del sistema nacional de salud. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Mohammadi, M. y Salehi, S. (2018). Emergency Department Patient Satisfaction assesment using modified SERVQUAL model; a cross sectional study. *Advanced Journal of emergency medicine*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6548076/>
- Montalvo R., Ochoa S., Quispe J., De la Cruz G., Rosales J., Gomez A. (2020). Evaluation of the economic impact for the management of patients confirmed by COVID 19 infection in Perú. *Farmacoeconomics*. 5(1), 2020.

- Nash, D., Joshi, M., Ramson, E. y Ramson, S. (2019). The health care quality book: visión, strategy and tools.
- Nofuentes, S. (2013). Mas calidad menos costo. La via Lean Health care.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Seguridad del Paciente. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Palma, S. (2004). Escala Clima Laboral CL-SPC. Perú: Universidad Ricardo Palma. Recuperado de https://www.academia.edu/7596386/ESCALA_CLIMA_LABORAL_CL_SPC_Manual_1o_Edici%C3%B3n
- Parra, P., Calle, J., Ramon, T., Peiró, S., Meneu, R. Indicadores de calidad para el sistema nacional de salud. Sociedad Española de Calidad Asistencial. Marzo 2012.
- Penié, J. B. (2000). La historia clínica: documento científico del médico. *Ateneo*, 1(1), 50-5. Recuperado de: <https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/5110/Historia%20cl%C3%ADnica%20documento%20cient%C3%ADfico.pdf?sequence=1>
- Pérez, J. (2012). *Gestión por Procesos*. (5ta ed.). España: ESIC EDITORIAL.
- Posada, M., y Quintero, M. (2012). Historia de la historia clínica. *Galicia Clínica*, 73(1), 21-26.
- Prieto, M. A., y Cerdá, J. M. (2002). Investigación cualitativa. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Consultantes*, 149.
- Renau, J., & Pérez-Salinas, I. (2001). Evaluación de la calidad de las historias clínicas. *Papeles Médicos*, 10(1), 32-40.
- Reyes, E. (2020). Calidad de los registros de las Historias Clínicas en el Servicio de Emergencia del Centro Médico Naval - Callao, 2014. Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Gerencia de Servicios de Salud. Recuperado de: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/14998/Reyes_ae.pdf?sequence=1
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785-795.
- Samuel, M. T., & Stanescu, C. L. V. (2015). Modelos de evaluación de la calidad del servicio: caracterización y análisis. *Revista Científica Compendium*, 18(35).
- Serrano, R. y Oriente, N. (2008). Anatomía de la satisfacción del paciente. Salud pública de México. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10650209.pdf>
- Solis, Z. (2017). Clima Organizacional en el hospital de baja complejidad de Vitarte. Tesis para optar el Grado de Magister en Gerencia de Servicios de Salud. Recuperado de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5995/Solis_chz.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Satar, R., Mohammad, H., Hamed, Z., Afshin, F. y Bijan, N. (2018). Service Quality in Iranian Hospitals: A systematic review and meta-analysis. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. Recuperado de: <http://mjiri.iums.ac.ir/article-1-4744-en.html>.
- Sihuín, E., Gomez, O. y Ibañez, V. (2015). Satisfacción de usuarios hospitalizados en un hospital de Apurímac, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v32n2/a14v32n2.pdf>.
- Schneider, B., Ehrhart, M., y Macey, W. (2013). Organizational climate and culture. *Annual review of psychology*, 64, 361-388.

- Syed, S. B., Leatherman, S., Mensah-Abrampah, N., Neilson, M., & Kelley, E. (2018). Improving the quality of health care across the health system. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(12), 799.
- The Global Economy.com bussiness and economic data for 200 contries. Recuperado de:<https://es.theglobaleconomy.com/rankings/Tuberculosis/South-America/>
- Tenorio-Mucha, J., Lazo-Porras, M., Hidalgo, A. M., Málaga, G., & Cárdenas, M. K. (2020). Precios de medicamentos esenciales para el manejo y tratamiento de la COVID-19 en establecimientos farmacéuticos peruanos públicos y privados. *Acta Médica Peruana*, 37(3), 267-277.
- Uribe, J. (2015). Clima y ambiente organizacional: trabajo, salud y factores psicosociales. 1ª. edición. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México: Editorial El Manual Moderno.
- Velito, A. y Tejada, S. (2010). La historia clínica como instrumento de calidad. *Curso Anual de Auditoría Médica del Hospital Alemán* (págs. 1-26). Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://www.auditoriamedicahoy.com.ar/biblioteca/La%20historia%20cl%C3%A9nica%20como%20instrumento%20de%20calidad%20Tejada%20Velito.pdf>